№ 18. Wien, Freitag den 4. Mai 1860. VI. Jahrg.

Oesterreichische
Zeitschrift für practische Heilkunde.

Herausgegeben von dem Doctoren-Collegium
der
medicinischen Facultät in Wien.
Redigirt von Prof. Dr. **v. Patruban** und Docenten Dr. **Drasche.**

Ueber den Hypnotismus in physiologischer und praktischer Beziehung.

Von Prof. Dr. ***v. Patruban.***

Schon im Jahre 1841 machte Dr. Braid in Manchester in einem Werke (Neurypneumology. Edimbourg 1842) das Factum bekannt, dass die bis zur Ermüdung gediehene, einige Minuten andauernde Contraction einzelner Muskeln des Augapfels und des Aufhebers des oberen Augenlides, welche durch das Fixiren eines glänzenden Gegenstandes in der Medianlinie des Gesichtskreises auf eine Distanz von 8 bis 12 Zoll eingeleitet wird, einen der Katalepsie ähnlichen Zustand herbeiführen könne. Die aus ihrer Gleichgewichtslage gebrachten Glieder behalten die ihnen vorsuchsweise aufgedrungene Stellung durch längere Zeit, die Sinnesorgane, den Sehsinn ausgenommen, äussern eine erhöhte Receptivität, welcher in Kurzem eine Einschläferung (Hypnotismus) mit Gefühllosigkeit der Hautnerven folgt. Es genügt, das auf diese Weise in Schlaf versetzte Individuum kräftig anzuhauchen, oder die Augenlider mit den Fingerspitzen leicht zu reiben, um den Schlafenden zu erwecken; derselbe äussert keine Erinnerung dessen, was mit ihm vorgieng. Wurden diese Versuche an Epileptischen oder Hysterischen vorgenommen, so stellten sich die Anfälle ihres Krankseins ein.

Obwohl in der trefflichen Encyclopädie von Todd in dem Artikel: »Schlaf« auf dieses Experiment hingewiesen worden war, so wurde doch die ganze Angelegenheit der Vergessenheit überantwortet, diess um so mehr, als man zwischen den angedeuteten Erscheinungen des Hypnotismus und dem Schlaf der Somnambulen eine Analogie statuiren wollte und die Skeptiker nicht mit Unrecht alle Mittheilungen misstrauend aufnahmen, welche an das unnahbare Gebiet des animalen Magnetismus streiften.

Dr. Azam in Bordeaux wiederholte die Versuche Braid's, und theilte seine Resultate dem berühmten Chirurgen Broca in Paris mit, welcher die Verwerthung dieser Thatsachen für die chirurgische Praxis vorschlug; denn einer Methode, welche eine Anästhesie einzuleiten vermöchte, ohne dass irgend welche Substanz dem Organismus einverleibt wird, müssten alle bisher in Anwendung gebrachten Methoden, vollständige Narkose zu bewirken, weichen. Der erste Versuch, welcher in der Absicht angestellt wurde, um zu ersehen, ob chirurgische Eingriffe in dem Zustande des Hypnotismus schmerzlos ausgeführt werden können, wurde im Hôtel Dieu vorgenommen, und es dürfte nicht überflüssig erscheinen, hier die erste Beobachtung Broca's genau mitzutheilen:

Eine Frau, im Alter von 24 Jahren, welche eine weit verbreitete Verbrennung am Rücken und an den Gliedmassen der rechten Seite erlitten hatte, und an welcher ein sehr voluminöser Abscess nahe an der Aftermündung eröffnet werden sollte, wurde aufgefordert, einen kupfernen Cylinder auf die Entfernung von 15 Centimeter scharf zu fixiren; bei der bedeutenden Convergenz, welche die Augenaxen zu diesem Behuf einnehmen mussten, zeigte sich begreiflicher Weise sogleich eine bedeutende Verengerung der Pupillen; nach Verlauf einer halben Minute trat Abschwächung und Retardation des Pulses ein, nach etwa zwei Minuten fiengen die Pupillen an, sich zu erweitern; der linke Arm, welcher nun senkrecht aufgestellt wurde, blieb unbeweglich in dieser Lage. Nach 4 Minuten erfolgten auf gestellte Fragen langsame, jedoch mit Ueberlegung ausgesprochene Antworten; die Respiration erschien etwas verlangsamt. Dr. Follin, welcher die Kranke zu operiren hatte, machte nun in den aufgehobenen Arm Einstiche mit einer Nadel, bis zu dem Grade, dass Blutstropfen erschienen; es zeigte sich vollkommene Gefühllosigkeit, keine Tendenz zu Reflexbewegungen; der Arm behielt die ihm gegebene senkrechte Lage, welche auch der rechte in diesem Sinne erhobene Arm bewahrte. Nach sieben Minuten machte Follin den Einschnitt, welcher eine grosse Menge heftig stinkenden Eiters entleerte; ein leiser, momentan ausgestossener Schrei bezeichnete von Seite der Kranken diesen Moment; jedoch liess sich nicht die mindeste Zuckung an irgend welchen Gesichtsmuskeln wahrnehmen; die Augenlidspalte war während des Versuches starr geöffnet, die Conjunctiva injicirt. Der rechte Fuss welcher nun aufgehoben wurde, nahm gleichfalls diese unbequeme Lage bleibend an. Nach 15 Minuten erwachte die Kranke nach einem mehrmaligen Anhauchen und Reiben

der Augenlider. Die Gliedmassen nahmen sogleich ihre Ruhelage an; die Kranke kommt zum Bewusstsein, wundert sich, dass sie schon operirt sei, weiss sich keines Versuches zu erinnern, der etwa mit ihr angestellt worden sein könnte u. s. w. Als die Einleitung dieses hypnotischen Zustandes ein zweites Mal an derselben Kranken versucht wurde, so trat die Gefühllosigkeit und die Unbeweglichkeit der Extremitäten schon nach 2 Minuten ein.

Dieser allerdings sehr interessante Versuch machte, wie leicht zu denken, ein gewaltiges Aufsehen sowohl unter den Laien, als auch in ärztlichen Kreisen; die Herren Trousseau, Velpeau, Denonvillier, Nélaton, Demarquay u. s. w. wiederholten diese Versuche und publicirten ihre Erfahrungen in der Gazette hebdom. de Paris 1859 in den Nummern 49—52 und 1860 1, 2, 3; Auszüge aus diesen Mittheilungen giengen allsobald in die medicinischen Journale und in die politischen Blätter über. Das grosse Publicum, welches sich durch das mystische Dunkel dieser Erscheinungen nicht wenig angezogen fühlte, versäumte nicht, auch für sich diese Errungenschaft in Anspruch zu nehmen, und eine Reihe der widersprechendsten Meinungen und Erklärungen wurden von Stapel gelassen.

Mit grosser Gründlichkeit studierten die Herren Demarquay und Giraud-Teulon die Erscheinungen des Hypnotismus; sie stellten 40 Versuche an, welche sich auf 18 Individuen, worunter 15 Frauen, bezogen. Nur an 4 Frauen zeigten sich unläugbar ähnliche Erscheinungen, wie in dem ersten von Broca citirten Falle; die männlichen Individuen zeigten sich durchweg als Refractäre, bei den übrigen stellten sich nur die Symptome einer beginnenden Gehirncongestion ein; das Gesicht, die Augen zeigten sich nämlich constant, mehr weniger, geröthet; die Kranken klagten über Hitze am Kopfe, welcher dann kühler Schweiss folgte, ferner über Trockenheit im Munde, über Kälte in den Füssen, über das Gefühl von Oppression in der Brusthöhle u. s. w. Nur in einem Falle war eine vollständige Anästhesie zu Stande gekommen, und nur in diesem Falle hätte eine Operation schmerzlos vorgenommen werden können. Aehnliche Erfahrungen machten auch Heyfelder in St. Petersburg, Pincus und Berend in Berlin. Besonders bemerkenswerth ist die Mittheilung, welche Herr Sanitätsrath Berend in der Sitzung der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin über zehn von ihm angestellte Versuche gab, und welche in der allgemeinen medicinischen Central-Zeitung (1860 Nr. 24) gegeben ist. Mit der den deutschen Forschern eigenthümlichen Ruhe, Besonnenheit und kritischen Revision des Zufälligen und Unwesentlichen sind die Erfolge angegeben, welche zu dem Schlusse führen, dass die Hervorrufung der Anästhesie auf diese Weise sehr unsicher geschehe, dass der Hypnotismus nie, auch nur annähernd, das Chloroform erreichen könne und dass es vermessen wäre, diesem Remedium anceps zu vertrauen, und das tausendfach Bewährte zu vergessen!

Wenn nun auch diese Erfahrungen es unzulässig erscheinen lassen, diese precäre Art von Anästhesie für chirurgische Zwecke allgemein zu benützen, so ist doch die Erfahrung an und für sich merkwürdig genug, um biologisch beleuchtet und erklärt zu werden.

Vor allem dringt sich hier die Frage auf, welche Vorgänge treten in den Functionen der einzelnen Partien des Nervensystems ein, dass solche Abnormitäten im Gefühlsleben und in der Bewegungssphäre sich manifestiren? Da die Sehnerven vorzugsweise in dem Seh- und Vierhügelsystem wurzeln, und das 3. Gehirnnervenpaar aus den Schenkeln des grossen Gehirnes hervorgeht, so ist anzunehmen, dass die durch das forcirte Fixiren der Augenaxen hervorgebrachte Congestion das Gefühl von Ermüdung in jenen einander nahe liegenden Gehirntheilen einleitet, welches sich in der Form des Schlafes objectiv darstellt; es mag sich diese Ermüdung dann auf die in der grauen Gehirnsubstanz und in der Varolsbrücke eingebetteten Ganglienzellen erstrecken und so auf die aus diesen Gebilden entspringenden empfindenden und bewegenden Nervenwurzeln übergehen, fernerhin auch den Wurzeln der Gehörnerven, und zuletzt den Elementen der Grosshirnlappen sich mittheilen; woraus sich dann das erlöschende Gemeingefühl, das Schwinden des Bewusstseins und die zuletzt auftretende Unempfindlichkeit für Gehöreindrücke einigermassen deuten liessen. Bekanntlich versuchte Flourens (1847) in ähnlicher Weise die durch die Aetherisation eingeleiteten Erscheinungen zu erklären, nur nahm er an, dass hier in erster Reihe die Hemisphären participiren, daher die Aeusserungen der Intelligenz zuerst gestört erscheinen, während in zweiter Reihe das kleine Gehirn ergriffen werde, woraus sich die Störungen des Gleichgewichtes der Locomotion erklären würde; zuletzt würde die Abnahme der Thätigkeit des verlängerten Markes das vollständige Schwinden der Empfindlichkeit, der Mobilität der sämmtlichen Muskeln, endlich auch der Athmungsmuskeln, zur Erscheinung bringen.

Wenn diese Annahme irgend wie begründet ist, so leuchtet ein, dass es durchaus keines glänzenden oder leuchtenden Objectes bedarf, worauf die Sehaxen sich zu richten haben, um den nervösen Schlaf hervorzurufen, und die Versuche, welche die Herren Demarquay und Giraud-Teulon in jüngster Zeit bekannt machten, beweisen in der That, dass es vollkommen genüge, die inneren Augenmuskel überhaupt in eine continuirliche Anstrengung zu versetzen, um dieselbe Reihe von Erscheinungen hervorzurufen

In der mit vielem Fleiss und anerkennenswerther Gründlichkeit gearbeiteten Schrift: Recherches sur l'hypnotisme. Paris 1860 haben diese beiden Forscher ihre zahlreichen Erfahrungen bekannt gemacht. Sie geben an, dass die durch das intensive Fixiren der Augenaxen eintretenden Erscheinungen in folgender Reihe zur Beobachtung kamen:

1. Ein Schwanken der Pupillen.
2. Schwinden der Receptivität für Gefühlseindrücke.

Bei einzelnen Individuen kommt es wirklich bis zur vollen Elimination des Empfindens äusserer Hautreize, in den bei weitem häufigeren Fällen ist diese Anästhesie eine beschränkte; in der Mehrzahl der Fälle kommt diese Erscheinung gar nicht zur Beobachtung; zart organisirte, sogenannte sensible Individuen (jedoch nicht in dem Sinne, welchen Reichenbach in seiner Lehre »von den sensitiven Menschen« aufstellte), insbesondere hysterische Frauen bieten diese Erscheinungen am öftesten.

3. Alienation der Motilität, entweder in der Form eines vollkommenen Nachlassens jedweder Muskelthätigkeit, oder (in den selteneren Fällen) das Auftreten der kataleptischen Erscheinungen.

4. Verlangsamung des Pulses und der Respiration.

5. Hyperästhesie und Ecstase (selten).

6. Hervorbrechen eines kalten Schweisses (in der Mehrzahl der Fälle), welches Symptom als Compensation der durch das retardirte Athmen verringerten Lungenausdünstung gedeutet wird.

7. In der Regel hinterlässt diese Form des nervösen Schlafes keine unangenehmen Folgen; jedoch kamen Fälle vor, wo sich nach dem Versuche eine höchst lästige Unruhe und eine gewaltige Aufregung durch mehrere Stunden andauernd zeigte.

Alle übrigen, von anderen Beobachtern, insbesondere von Braid, angegebenen Erscheinungen, wie z. B. die Veränderungen im Gesichtsausdruck nach Massgabe der den Extremitäten gegebenen Stellung, das Erwachen des inneren Bewusstseins im Sinne der Vertheidiger des Mesmerismus, die Aeusserung von divinatorischer Inspiration u. s. w. erweisen sich als Resultate absichtlicher oder versuchter Täuschung.

Es ist somit sicher gestellt — denn die bisher gesammelten Beobachtungen, so sehr sie auch im Einzelnen divergiren, beweisen es, — dass durch ein forcirtes Hinstarren nach einem fixen Punct mit gehöriger Converganz der Sehaxen ganz eigenthümliche Störungen im Nervenleben eintreten, welche jedenfalls als Uebergänge zu einem pathologischen Zustand zu betrachten sind, welche bei hysterischen und epileptischen Menschen, sowie bei Geistesgestörten bedenkliche Folgen durch Ecstase — wenn gleich vorübergehend — herbeiführen können; dass diese Thatsachen jedenfalls eine ärztliche Beachtung verdienen, und dass es für Einzelnfälle möglich sein wird, in der Behandlung sehr hartnäckiger, jedweder rationellen Behandlung Hohn sprechender Krankheiten, oder bei messerscheuen Patienten, welche die Anwendung des Aethers, des Chloroforms und Amylens durchweg verweigern, von der Einleitung des Hypnotismus versuchsweise einigen Nutzen zu ziehen. Wenigstens finden sich in der citirten Schrift Andeutungen, dass mit Neuralgien behaftete Kranke durch diese Methode Erleichterung fanden und dass einzelne Formen von Agrypnie sich wesentlich besserten. Neuester Zeit will Guérineau in Poitier eine Oberschenkelamputation (!) an einem hypnotisirten Mann ganz schmerzlos ausgeführt haben. Dass eine allgemeine Verwerthung für chirurgische Zwecke, oder ein Verdrängen der durch die Erfahrung bewährten Anaesthetica nicht in Aussicht stehe, ist schon jetzt mit Bestimmtheit anzunehmen.

Ein leichtsinniges Experimentiren ohne ärztliche Ueberwachung, dürfte von vorne her zu verwarnen sein, diess um so mehr, als Fälle mitgetheilt wurden, welche zeigen, dass die in der Periode der Ecstase traumartig vorgebrachten Erzählungen zur Enthüllung der zartesten Familiengeheimnisse führten, welche geeignet waren, höchst bedauerliche Scenen herbeizuführen.

Erwähnenswerth dürfte die Notiz des in Kairo domicilirenden Arztes, Dr. Rossi, erscheinen, dass in Aegypten schon seit Jahrhunderten von herumziehenden Jongleurs das Verfahren geübt wird, Kranke durch das Hinstarrenlassen auf eine Glaskugel, oder einer mit cabbalistischen Zeichen beschriebene Scheibe in einen kataleptischen Zustand zu versetzen. Es ist auch kaum zu bezweifeln, dass die Magnetiseure von diesem Manöver häufig Gebrauch machten, und den in solcher Weise bei sensitiven Menschen eintretenden Idiosomnambulismus als die unfehlbare Wirkung der von ihnen selbst ausströmenden und nun übergeleiteten magnetischen Kraft einem gläubigen Publicum auftischten.

Casuistik.

3. Ein Fall von Graviditas extraabdominalis. Von Dr. **E. Rektorzik**, *Prosector an der Wiener-Universität.*

Als ich im Monate October 1859 dem Militär-Spitale zu Landeck in Tirol als Chefarzt vorstand, wurde mir durch die Güte des k. k. Bezirksarztes, Herrn Dr. J. Huber, die Gelegenheit geboten, einen Fall von Graviditas extraabdominalis an einer Frau in dem benachbarten Dorfe Grinz zu beobachten, den ich seiner grossen Seltenheit wegen mir hier mitzutheilen erlaube.

C. M., 32 Jahre alt, bemerkte einige Zeit nach der vor zwei Jahren stattgehabten Geburt ihres fünften Kindes in der rechten Leistengegend eine schmerzlose, etwa eigrosse Geschwulst, welche, bei der Abwesenheit irgend welcher Beschwerden, von der Kranken nicht beachtet wurde. Als jedoch im Monate Februar des vorigen Jahres die Geschwulst bei einer stetigen Zunahme ihres Umfanges schmerzhafter wurde, sah sich die Patientin bemüssigt, sich an Herrn Dr. Huber zu wenden, der bei dem Mangel eines für den vorhandenen Zustand charakteristischen Symptomes zunächst an das Vorhandensein einer Neubildung dachte, und Ruhe des Körpers, Unterlassen schwerer Arbeiten etc. anrieth. Inzwischen nahm die Grösse der Geschwulst fortwährend zu, die Menstruation blieb aus, und die Kranke wurde durch die beim Gehen auftretenden heftigen Schmerzen gezwungen, den grössten Theil des Tages zu Bette zuzubringen. Zu Anfang des Monates Juni fühlte sie Bewegungen in der Geschwulst, welche sie zu Dr. Huber mit Kindesbewegungen verglich, der nach einer hierauf vorgenommenen Untersuchung den Zustand als Graviditas extraabdominalis erkannte, und der Patientin mittheilte.

Mit der Entwicklung des Fötus nahm die Geschwulst fortwährend an Umfang zu. Die Kranke konnte die letzten fünf Monate das Bett nicht mehr verlassen, es stellten sich häufig Kopfschmerzen und Verdauungs-Beschwerden ein, welch' letztere sie bei der meist unzweckmässigen Nahrung, die sie zum grössten Theil der Güte der Nachbarschaft zu verdanken hatte, bedeutend schwächten. Endlich trat Mitte October das normale Ende der Schwangerschaft ein, zu welcher Zeit ich gerufen, folgende Erscheinungen vorfand:

Die Kranke von mittlerer Grösse, blassem, aufgedunsenem Antlitze und wenig entwickelter Musculatur. Sie zeigte eine von der rechten Leistengegend gestielt ausgehende, zwischen beide Oberschenkel gelagerte, ovale Geschwulst, deren unteres Ende bis zu den Knieen reichte. Die grösste Länge betrug 42 Cent., die Breite 25 Cent., die Peripherie des Stieles 36 Cent. Durch die den Tumor bedeckende, dünne, leicht verschiebbare, glänzende Haut schimmerten zahlreiche, verschieden dicke Venen durch, welche in einen etwas nach rechts von der Mitte gelegenen, grösseren Stamm einmündeten. Die Berührung der hinteren gleichmässig gerötheten Fläche war der Kranken unangenehm, die Temperatur im Vergleiche zur übrigen Haut etwas erhöht.

Bei der Palpation fand ich an der dem rechten Oberschenkel zugewendeten Fläche in der Nähe des stielförmig

verschmächtigten Theiles der Geschwulst einen etwa $1^1/_2$ Zoll langen und halb so breiten eiförmigen, von der Umgebung deutlich abgränzbaren, elastisch-weichen Körper, den ich als Ovarium deutete. An der dem linken Schenkel zugekehrten Fläche fühlte man an dem oberen Theile der Geschwulst bei einem etwas stärker angebrachtem Drucke einen kugelförmigen, deutlich ballotirenden Körper von der Grösse eines Kindskopfes, und am unteren Ende derselben Fläche einen abgerundeten, grösseren Körper, an dessen innerer Seite zwei kleine Kindestheile anlagen. Beim Auflegen und Ruhenlassen der Hand auf die Geschwulst konnte man deutlich die kräftigen, spontanen Bewegungen des Kindes wahrnehmen. Es war demnach der Foetus so gelagert, dass der Kopf nach aufwärts gegen den Stiel, der Steiss nach abwärts gegen das Ende und die Bauchseite nach einwärts gegen das Centrum der Geschwulst sah.

Die Auscultation wies auf der, dem linken Oberschenkel zugekehrten Fläche die deutlich dikrotirenden Fötalherztöne in einem kleinen Umfange nach. Rechterseits vernahm man ein lautes, mit dem Radialpulse der Mutter isochronisches Blasen. Dieses wurde deutlich an zwei Drittheilen der Länge der, dem rechten Oberschenkenkel zugewendeten Fläche gehört und erstreckte sich in querer Richtung etwa 2 Zoll über die Mitte der vorderen Fläche. Ueber diese Gränze hinaus wurde das Blasen undeutlich und verschwand endlich ganz. Aus diesen Ergebnissen der Auscultation schloss ich auf den Sitz der Placenta.

Der Percussionston war am ganzen Umfange der Geschwulst leer.

Bei der Indagation fand ich die etwas nach rechts gelegene, mit der Spitze des Zeigefingers erreichbare Vaginalportion des Uterus aufgelockert, den Scheidengrund erweitert, die Scheidenschleimhaut reichlich mit Schleim bedeckt, die Temperatur derselben erhöht.

Die Brüste waren geschwellt, die Montgomery'schen Zeichen entwickelt.

Nach Erwägung aller dieser objectiven Symptome unterlag die Feststellung der Diagnose keinen Schwierigkeiten. Aus dem Vorhandensein der Fötalherztöne, dem Durchfühlen einzelner Kindestheile und dem Placentargeräusche einerseits, aus der Gegenwart des Uterus in der Beckenhöhle andererseits konnte man mit Sicherheit auf die Anwesenheit eines Fötus schliessen, welcher sich in dem Nebenhorne einer einhörnigen Gebärmutter ausserhalb der Bauchhöhle, und zwar in einer Leistenvorlagerung entwickelte. Dass dieser Fötus auch reif sei, war anzunehmen, wenn man die Grösse der fühlbaren Kindestheile, die äusserst kräftigen spontanen Bewegungen und die bereits um einige Tage überschrittene normale Schwangerschaftsdauer berücksichtigte.

Nachdem über die Richtigkeit der Diagnose, wie aus dem Vorhergehenden zu ersehen, kein Zweifel mehr obwaltete, handelte es sich um die Bestimmung des einzuschlagenden Verfahrens, das unter den gegebenenen Verhältnissen nur zweifacher Art sein konnte. Entweder musste man den natürlichen Verlauf abwarten, oder das zum Fortführen eines selbstständigen Lebens reife Kind durch einen operativen Eingriff entbinden. Im ersten Falle wäre das Kind, welches in einigen Tagen seinen sicheren Tod gefunden hätte, nur durch eine langwierige Eiterung, die, abgesehen von einer möglicherweise eintretenden Pyämie, zur Consumtion der Kräfte der ohnediess herabgkommenen unter den ärmlichsten Verhältnissen lebenden Mutter geführt haben würde, aus dem Eileiter ausgestossen worden sein. Dieser Vorgang, bei welchem dem Tode des Kindes mit Sicherheit, jenem der Mutter mit Wahrscheinlichkeit entgegen zu sehen war, wäre nie und in dem gegebenen Falle um so weniger zu rechtfertigen gewesen, da die seit fünf Monaten über das Wesen und die Folgen ihres Leidens genau unterrichtete Mutter ohne vorausgegangener Aufforderung wiederholt die Vornahme einer das Leben des Kindes rettenden Operation verlangte.

Was den zweiten Fall betrifft, so gestaltete sich die Prognose für die Mutter minder, für das Kind aber absolut günstig.

Nach diesem Raisonnement entschloss ich mich, im Einvernehmen mit Herrn Dr. Huber, das Kind durch den operativen Eingriff zu entbinden.

Ich vollführte die Operation am 22. October unter Assistenz der Herren Dr. Huber und Müller, Unterarzt des 1. Kaiser-Jäger-Bataillons, nachdem die spontanen Bewegungen des Kindes äusserst heftig und eine Beschleunigung der Fötalherztöne, im Vergleich zu den frühereren Tagen, bemerkbar wurde, auf folgende Weise: Es wurde zuerst die Haut in einer Länge von beiläufig 5 Zoll mit dem Scalpelle gespalten, und zwar begann der Schnitt an der vorderen Fläche der linken Hälfte der Geschwulst, etwa $2^1/_2$ Zoll von der Mittellinie entfernt und reichte bis an das untere Ende derselben. Die Eröffnung geschah linkerseits, da ich, wie schon früher erwähnt, annahm, dass die Placenta sich an der vordere Fläche der rechten Hälfte befinde. Nach Durchtrennung der Haut präsentirte sich die glatte Oberfläche des den Fruchtsack überziehenden Peritoneums. Es mangelten somit die bei Leistenbrüchen vorkommenden Hüllen, was seinen Grund in einer durch die enorme Ausdehnung bedingten Rarefaction der Gewebe haben mochte. Ich trennte nun vorsichtig das Peritoneum und die bis zu einer Dicke von $^1/_4$ Zoll hypertrophirten Wandungen des die Rolle eines Fruchthälters spielenden Uterushornes, worauf sich die prall gespannten Eihäute vorwölbten. Diese wurden getrennt, und ich gieng nun während des Ausströmens des Fruchtwassers mit dem Zeige- und Mittelfinger der linken Hand in die Eihöhle ein. Hierauf erweiterte ich mit dem Knopfbistouri auf den eingeführten Fingern nach auf und abwärts in einer der Hautwunde entsprechenden Länge, worauf der Steiss, dann der Rumpf des Kindes aus der gemachten Oeffnung hervortraten. Nach der Entbindung des Rumpfes löste ich die gegen den Kopf geschlagenen Arme und extrahirte endlich den Kopf nach Art des sogenannten Smellie'schen Handgriffes. Das Kind schrie augenblicklich, und wurde allsogleich abgenabelt. Bei der Durchtrennung des Fruchtsackes mussten zwei spritzende Arterien unterbunden werden, und die etwas stärkere Blutung aus einer Vene wurde theils durch die Zusammenziehung des umgebenden Gewebes, theils durch das Andrücken eines in eine Lösung von Ferrum sesquichloratum eingetauchten Charpiebäuschchens gestillt.

Die Placenta, welche genau an der früher bezeichneten Stelle sass, war fest verwachsen mit der Innenfläche des Fruchtsackes, so dass es nicht möglich war, dieselbe loszulösen. Ich brachte desshalb die Wundränder an einander, und liess kalte Umschläge appliciren, worauf sich die ihres Inhaltes entledigte Höhle etwas verengerte. Nachblutung trat keine ein.

Das Kind, ein kräftiges, mit allen Atributen der Reife

ausgestattetes Mädchen, befindet sich noch gegenwärtig im vollen Besitze seiner Gesundheit.

Die Mutter, welche anfangs ihre Freude über die Lebensrettung ihres Kindes auf das Lebhafteste zu erkennen gab, wurde im Verlaufe des Tages, nach geschehener Operation, gleichgültig gegen die Umgebung, klagte über äusserst heftige Kopfschmerzen, erbrach sich mehrmals; der anfangs normale Puls wurde beschleunigt; es stellte sich später Coma mit schnarchender Respiration ein, und, trotz aller angewendeten Mittel erfolgte Abends unter diesen Symptomen ein lethales Ende.

Die Vornahme der Section wurde standhaft verweigert.

Nach den trefflichen Untersuchungen des Herrn Prof. Kussmaul, welche in dem Werke: »die Lehre von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdopplung der Gebärmutter. Würzburg 1859« niedergelegt sind, dürfte mit aller Wahrscheinlichkeit anzunehmen sein, dass im vorliegenden Falle ein einhörniger Uterus vorhanden gewesen, dessen verkümmertes Nebenhorn durch die Bruchpforte einer rechtsseitigen Leistenhernien austrat und sich allda fixirte, dass dieses Nebenhorn geschwängert wurde, und dass die vollständige Ausbildung des Eies, ohne dass eine Ruptur des Bruchsackes erfolgte, in der Bruchsackhöhle stattfand.

Mittheilungen.

A. Aus dem Wiener Secirsaale.

Vom k. k. Reg.-Rathe Prof. Dr. *Hyrtl.*

17 *). Ueber eine neue Methode, Organen-Lymphgefässe zu injiciren.

Ich habe bei der mikroskopischen Injection der Blutgefässe der Lungen von Neugebornen wiederholt die Erfahrung gemacht, dass, wenn im Innern der Lungen apoplectische Blutergüsse mit erweichter Umgebung vorkommen, die capilläre Injection der Blutgefässe nur unvollständig geräth; dagegen die subpleuralen Lymphgefässnetze von Stelle zu Stelle sehr regelmässig und schön gefüllt erscheinen. Die in das erweichte Gewebe extravasirte Injectionsmasse, hat den Weg in die parenchymatischen Lymphgefässe zu finden gewusst, und gelangte durch diese in die der Oberfläche der Lungen entlang befindlichen Netze.

Was der Zufall bot, suchte ich durch folgendes Verfahren zu einem jederzeit, auch an gesunden Lungen, zu erzielenden Injectionsresultat zu machen. Der erste Versuch rechtfertigte die Idee seiner Unternehmung.

Es handelt sich darum, im Innern der Lunge eine Laesio continui hervorzurufen, ohne die äussere Oberfläche des Organes zu verletzen. Eine Höhle musste im Lungenparenchym geschaffen werden, in welche Injectionsmasse aus den verletzten Gefässen extravasiren, und aus welcher sie in die gleichfalls verletzten tiefliegenden Vasa lymphatica parenchymatica eindringen, und sofort in die Retia superficialia gelangen konnte.

Eine feine Stahlröhre wird durch den Bronchus, durch eine Arteria, oder Vena pulmonalis, möglichst tief in die Lungen eingeführt. Durch entsprechende Verschiebung der beweglichen und weichen Lunge, lässt sich das Röhrchen über mehrere Theilungsstellen des gewählten Gefässes hinausbringen, so dass das eingeführte Ende des Röhrchens ziemlich im Mittelpuncte eines Lungenlappens steht. Nun wird eine an ihrem Ende lanzettförmig zugeschliffene feinste Sonde in das Röhrchen eingeführt. Eine Marke an der Sonde zeigt an, wie weit sie einzuführen, damit die Lanzettspitze derselben eben nur aus dem Ende des Röhrchens hervorragt. Verschiebung des Lungenparenchyms an dem Röhrenende bedingt Zerschneidung desselben in mehrfacher Richtung, wenn man die Sonde zugleich um ihre Axe dreht, und die Verschiebung der Lunge nicht in einer Richtung ausführt. Ein sehr geringer Grad von Verschiebung in zwei auf einander senkrechten Richtungen reicht hin, im Innern der Lunge eine Continuitätstrennung zu effectuiren, welche die Vorbedingung zur Darstellung der Lymphgefässe mittels Injection abgibt.

Die Injection kann von was immer für einem Gefässe der Lungenwurzel ausgehen. Es sind Bronchialramificationen, Zweigchen der Lungenarterie und Lungenvene verletzt, und es muss somit von jedem dieser Gefässe aus sich ein Extravasat ergeben. Ich wähle den Bronchus, und unterbinde die Blutgefässe. Die Injectionsmasse kann Harz-, Leim- oder Oelmasse sein; — wenn sie nur fein genug bereitet ist, wird der gewünschte Erfolg nicht ausbleiben. Mohnöl, Cerussa oder Chromgelb, und ein geringer Zusatz von Schwefeläther, geben eine sehr feine, und allen übrigen für diesen Zweck vorzuziehende Composition, weil sie kalt angewendet wird, leicht penetrirt, und nach kurzer Zeit pflasterartig erstarrt. Man injicire langsam, um den Riss im Innern der Lunge nicht gewaltsam bis an die Oberfläche des Organs zu vergrössern, was trotz aller Delicatesse der Behandlung dennoch zuweilen geschieht. Wird methodisch zu Werke gegangen, so sieht man zuerst die weisse Masse an zahlreichen Puncten der Oberfläche der Lunge zum Vorschein kommen. Die Puncte vergrössern sich zu Scheiben; — die Scheiben fliessen mit ihren Rändern zusammen, und zeigen sich dem scharf visirenden Auge, — noch deutlicher unter der Loupe — als Gefässnetze. Dass diese Netze Lymphgefässe sind, lehrt ihr, den praktischen Anatomen wohlbekannter, eigenthümlicher Habitus. Wer Bedenken darüber hätte, braucht die innere Verletzung der Lunge nur gegen die concave Fläche des Organs zu richten, indem er bei der Verschiebung der Lunge die innere Fläche derselben gegen die Lanzettspitze drängt, und die Injectionsdauer etwas zu verlängern, um der Masse Gelegenheit zu bieten, an der Lungenpforte in die Vasa efferentia pulmonum, und durch diese in die Glandulae bronchiales überzugehen.

Wenn man die Form dieser Lymphgefässnetze mit den ärmlichen Abbildungen vergleicht, welche über Organenlymphgefässe der Lunge vorliegen, wird man über die Naturgetreuheit der letzteren anderen Sinnes werden.

Ich kann mich in einem Journal für praktische Aerzte, dessen Mitarbeiter zu sein ich mir zur Ehre rechne, nicht in Beschreibungen dieser höchst merkwürdigen Netze einlassen. Sie gehören einer Specialschrift an. Auch haben die zahlreichen Präparate, welche ich auf diese Weise anfertigte, eine so grosse Verbreitung unter den Fachleuten gewonnen, dass selbst Abbildungen derselben überflüssig geworden sind. Das aber will ich nicht mit Stillschweigen übergehen, dass Durchschnitte getrockneter Lungen die Wege aufdecken, durch welche die Injection von dem Heerde des Extravasates in die oberflächlichen Lymphgefässnetze gelangte; — dass diese Wege unverkennbare Wände besitzen; — dass sie somit ebenfalls Lymphgefässe sind, und als Beleg dienen können, wie voreilig Jene verfahren sind, welche, ihrem System zu Liebe, die Wände parenchymatischer Lymphgefässe läugneten, und letztere nur als Minengräben in Grund und Boden der Organe zugeben zu sollen, sich veranlasst hielten. Jedes Urtheil über Sein oder Nichtsein kleinster Gefässe hat in suspenso zu bleiben, bis das einzige Mittel, es mit Berechtigung zu fällen, mit unumstösslichen, weil handgreiflichen Erfolg in Anwendung gebracht wurde. Dieses einzige Mittel ist die Injection.

Wenn irgendwo die solide anatomische Arbeit physiologisch verwerthbar ist, so ist es gerade das Thema der Lymphgefässe, wo sie irrige Vorstellungen zu widerlegen berufen ist.

Ich habe auch mit anderen Organen Versuche angestellt; —

*) Fortsetzung aus Nr. 8, 9, 10, 11. 28, 29, 30. 31, 46, 47, 48. 49 und 50 des vorigen Jahrganges.

Leber, Milz, Schilddrüse, geben gleiche Resultate. Die erstere besonders schön, wenn man die Schnittchen im Innern gegen die Einpflanzungsstelle des Ligamentum suspensorium richtet, als die Via regia der abführenden Gefässe der oberflächlichen subperitonealen Netze. — Was mir aber am meisten Freude gemacht, ist der Nachweis von Lymphgefässnetzen an der Gehirnoberfläche schon beim ersten Versuch. Fohmann und Arnold sind, trotz aller Einsprache, in ihrem guten Recht. Ich trepanirte einen Kinderschädel; schnitt die Dura mater im Kreuz ein; stach eine der feinsten spitzigen Stahlsonden, wie ich sie als Räumer meiner dünnsten Injectionsröhrchen verwende, in stark schiefer Richtung in die Gehirnrinde ein; zerriss diese durch Hebelbewegung der Nadel in geringem Radius; wiederholte dieses Manöver an mehreren Stellen, und injicirte zuletzt durch beide Carotiden zugleich. Es bildeten sich, wie zu erwarten, Extravasate an den verletzten Stellen, und von diesen aus, zeigten sich die Anfänge von Netzen gefüllt, welche durch ihre verhältnissmässig (gegen Capillargefässe) dicken Stämmchen, und verschwindend kleine Interstitien, sich als Lymphgefässnetze charakterisirten, und von Collegen, welchen ich sie ohne Bezeichnung ihres Fundortes zusandte, als Retia lymphatica erkannt wurden. —

Ein wenig Injectionstechnik ist Jedem, welcher sich mit diesem Gegenstande näher einlassen will, sehr zu wünschen. Besitzt er sie, dann mag er die Sache, als materiem viribus aequam, im grossen Styl ausbeuten, und wird Stoff genug zusammenbringen, ein wenig von sich reden zu machen, indem er den Lymphgefässursprüngen ihre Wände revindicirt, deren Existenz von Jenen geläugnet wird, welche zu wenig Anatomen sind, um sie zu finden, und nach oberflächlichen Untersuchungen nicht injicirter Präparate, sich mit Aristoteles trösten: de non apparentibus et non existentibus eadem ratio. Welchen Vorzug Lymphgefässinjectionen mit erstarrenden Massen vor den sonst gebräuchlichen Quecksilberinjectionen haben, wird jeder Anatom zu würdigen wissen, der mit der technischen Behandlung dieses Systems vertraut geworden, und das Unverlässliche und Untractable der Metallpräparate, sowie ihr unabweisliches trauriges Ende aus Erfahrung kennt.

Für vergleichend anatomische Studien lässt sich die erwähnte Methode auf folgende Weise modificiren. Die arteriellen Hauptstämme liegen bei Amphibien in weiten Lymphsäcken eingeschlossen, welche als Sammelbecken aller Vasa inferentia dienen. Man durchsteche die Wand des Sackes, welcher die Aorta umhüllt, und die Aorta selbst, mit einer feinen Nadel, halte die kleine Stichwunde des Lymphsackes durch eine der Sedillot'schen Pincette ähnliche Klammer, mit breiten Druckplättchen an den Branchen, geschlossen, und injicire von dem Aortenbogen aus das arterielle System mit feiner Masse. Die Masse extravasirt durch den Stich der Aorta in den Lymphraum, und aus diesem in alle seine tributären Zuflüsse, und bringt Netze zum Vorschein, von deren Vorhandensein an den Brust- und Bauchorganen man keine Ahnung hatte. — Die Füllung dieser Lymphräume mit Quecksilber dagegen lieferte jene Zerrbilder, welche uns in Panizza's Tafeln entgegenstarren, und deren Verdienst nur in der Virtuosität des Stiches liegt.

(Fortsetzung folgt.)

Journalauszüge.

Tannin, Gegenmittel des Strychnins. — Herr Prof. Kuržak hat eine Reihe von sehr lehrreichen Versuchen über die Wirkungsweise gerbstoffhaltiger Substanzen bei Vergiftung durch Strychnin an Thieren angestellt, welche mit Bestimmtheit zeigen, dass das Tannin ein vorzügliches chemisches Antidot des Strychnin's und somit auch der dieses Alkaloid enthaltenden Giftpflanzen, der Krähenaugen, der St. Ignaziusbohnen u. s. w. sei. Zur Hintanhaltung der vergiftenden Wirkung des Strychnins ist die Anwendung der 20—25fachen Quantität von Tannin nothwendig, überhaupt scheint es geboten, im concreten Falle eine verhältnissmässig grössere Menge in Anwendung zu bringen, da ein Theil der giftigen Substanz bereits von dem gewöhnlichen Inhalt des Magens aufgenommen sein kann. Mit grosser Genauigkeit wurde bei den Versuchen auf den in einer Strychninlösung durch Tannin erzeugten Niederschlag Rücksicht genommen, von dem man bisher glaubte, dass derselbe, wenn auch im Wasser unlöslich, doch durch den Magensaft und die Darmsecrete wieder aufgelöst und in die Säftemasse gelangen könne; diese Annahme wurde von Prof. Kuržak auf das Entschiedenste widerlegt. Die Experimente beziehen sich sowohl auf das in Wasser schwer lösliche reine, als auf das leicht lösliche salpetersaure Strychnin. Alle gerbstoffhaltigen Pflanzen können nöthigenfalls verwendet werden; am meisten empfehlen sich jedoch die im Kleinhandel allenthalben vorräthigen Galläpfel, welche im ersten Anlauf zu Pulver zerstossen, mit Wasser gemengt als verlässliches Gegenmittel gereicht werden können; ein in der Zwischenzeit bereiteter Aufguss oder das Decoct derselben wird die Hilfeleistung dann um so sicherer stellen. Auch die Eichenrinde, welche 8.5 Procent Gerbsäure, die Eicheln, welche 9 Procent enthalten, die Rinde der Rosskastanie, mit 8 Procent, die Weidenrinde mit $5\frac{1}{2}$ Procent und die Putamina nucis juglandis können in einzelnen Fällen, wie diess bereits in den Anleitungen zur Hilfeleistung bei Vergiftungen angegeben ist, sehr entsprechend verwendet werden. Die gerösteten Kaffeebohnen sowie der Absud des chinesischen Thee's sind wegen des geringen Gehaltes an Gerbsäure wenig verlässlich. Die chemische Erfahrung, dass der durch den Gerbstoff in Strychninlösungen entstehende Niederschlag durch Weinsteinsäure, Citronensäure, Essigsäure, Alcohol u. s. w. gelöst werde, verbietet das Nachtrinkenlassen von Limonaden, den Genuss von säuerlichen Früchten und von alcoholischen Getränken. In der Behandlung der durch Strychnin Vergifteten ist insbesonders darauf zu achten, dass jedwede Hautreizung, sowie alle Muskelbewegungen vermieden werden, da diese Momente leicht zu heftigen Reflexkrämpfen Veranlassung geben können. (Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien. 1860 Nr. 11.)

Ueber urämische Darmaffectionen theilt Prof. Treitz in Prag vom pathologisch-anatomischen Standpuncte seine Erfahrungen mit und wünscht nur, dass die Chemiker vom Fache dem Gegenstande die gebührende Aufmerksamkeit schenken, um obige Frage definitiv zu lösen. T. geht von der Betheiligung des Darmcanales bei der Bright'schen Krankheit aus und von der Erscheinung des Erbrechens urinös riechender Flüssigkeit beim Vorhandensein von Urämie. Man findet auch in der That im Darmcanale der meisten an M. Brightii Verstorbenen eine scharfe alkalische Flüssigkeit, welche die Schleimhaut anäzt und verschorft, der Ammoniakgeruch derselben ist sehr bedeutend und es dürfte der vorgefundene kohlensaure Ammoniak wohl durch Zersetzung des im Darmcanale vorhandenen Harnstoffes bedingt sein. Es hat dieser Befund grosse Aehnlichkeit mit dem bei Dysenterie (T. bezeichnet ihn als Macerations-Dysenterie), sowie mit den Veränderungen, welche die Schleimhaut der Harnblase bei Harnstauungen erleidet. Der Ursprung der in vielen Fällen von M. Brightii im Darmcanale vorkommenden reichlichen Ammoniakverbindungen ist mit grösster Wahrscheinlichkeit darin zu suchen, dass der Harnstoff bei theilweise oder gänzlich unterdrückter Urinabsonderung im Blute zurückbleibt und sich allen Körperflüssigkeiten zugesellt, die ihr Materiale aus dem Blute beziehen. Jene Secretion nun, welche das meiste Wasser aus dem Blute ausführt, wird auch die grösste Menge Harnstoffs mitausscheiden, daher die des Magens, des Darmcanales, dann die der Haut und der Lungen, wie es ja von vielen Forschern, so von Schottin, Wright, Hamernik, Drasche (bei Cholera und Choleratyphus) deutlich nachgewiesen

wurde. Insbesondere steht fest, dass bei der Bright'schen Krankheit im Darmcanale Harnstoff abgeschieden und regelmässig durch die Darmflüssigkeiten in kohlensaures Ammoniak zersetzt wird; letzterer wird aber auch wieder theilweise resorbirt und erzeugt schwere Erscheinungen. Experimente an Hunde haben gelehrt, dass Einspritzungen von Harnstoff in die Fussvene bei weitem nicht jene heftigen Symptome hervorbringen, wie jene von kohlensaurem Ammoniak, auf welche tetanische Krämpfe und Sopor erfolgten; nachdem der Ammoniak durch Lunge und Niere ausgeschieden war, trat der normale Zustand zurück. T. nennt den vermehrten Ammoniakgehalt des Blutes mit den begleitenden Erscheinungen Ammoniämie, sie hat die grösste Aehnlichkeit mit dem Krankheitsbilde des Choleratyphoids; denn auch bei diesem findet man diphtheritische Verschorfungen, Katarrhe und dysenterische Erosionen der Darmschleimhaut, bedeutende Mengen von Harnstoff und kohlensaurem Ammoniak im Blute, in den Darm- und übrigen Secretionsflüssigkeiten sowie Gewebsveränderungen der Nieren mit Störung der Harnabsonderung. Hiebei ist vorzugsweise die des Morgens erbrochene Flüssigkeit auf kohlensauren Ammoniak zu untersuchen; bei der Section aber ist stets nur eine frische Leiche zu benützen und bei Beurtheilung des abnormen Ammoniakgehaltes der Darmflüssigkeit der Fäulnissgrad in Rechnung zu bringen; die durch Fäulniss erzeugte Menge an Ammoniak ist jedoch nie so gross, wie bei M. Brightii. (Prager Vierteljahrschrift 1859. Nr. 4.) S.

Compendium der allgemeinen und speciellen Heilquellenlehre von Dr. Josef Seegen, a. ö. Professor der Heilquellenlehre an der Wiener Universität und Brunnenarzte in Carlsbad. Erste Abtheilung 292 S. Zweite Abtheilung XV und 363 S. Wien 1857 und 1858 *).

Besprochen vom Medicinal-Rathe Dr. *Jos. Schneller*.

Heutzutage eine dem wissenschaftlichen Standpuncte der Gegenwart entsprechende Heilquellenlehre im weitesten Sinne zu schreiben und den vorhandenen Schatz von Kenntnissen auf dem Felde der Physik, der analytischen Chemie, der Geologie, Climatologie, dann der heilwissenschaftlichen Doctrinen, insbesondere der Physiologie und Pharmakodynamik auf die Lehre von den Heilquellen derart anzuwenden, um nach sämmtlichen Richtungen neue werthvolle Resultate daraus zu ziehen und etwas Originales zu schaffen, übersteigt wohl die Kräfte des Einzelnen. Durchdrungen von dieser Anschauung, machte sich auch der Verfasser, wie er selbst gesteht, bloss zur Aufgabe, »das jetzt schon vorhandene, werthvolle Materiale kritisch zu sichten und die auf dem Wege der Erfahrung und des Experiments gewonnenen Resultate den Anforderungen der exacten Wissenschaft entsprechend darzustellen.« Wie Prof. Seegen diese Aufgabe gelöst, wird aus unserer Beurtheilung ersichtlich werden.

In dem allgemeinen Theile wird die Mechanik (Hydrostatik), die Physik und Chemie der Mineralquellen abgehandelt, ferner der balneologische Heilapparat und die Pharmakodynamik des Wassers überhaupt und der einzelnen gasförmigen und festen Quellenbestandtheile. Obgleich schon das erste Capitel über den Ursprung, den Lauf und den Reichthum der Quellen, namentlich betreff der aufsteigenden Quellen und der artesischen Brunnen viel des Interessanten enthält und hiebei die natürlichste Ansicht, dass nämlich die atmosphärischen Niederschläge allein es sind, welchen die Mineralquellen ihr Entstehen verdanken, als die richtigste vertheidigt wird, so scheint uns doch der Abschnitt über die Temperatur der Quellen noch klarer abgehandelt zu sein, da er zugleich mit Beispielen illustrirt ist, die das Verständniss wesentlich erleichtern. Sowie die Meteorwässer das Hauptvehikel für die Mineralwässer bieten, so ist es nach Seegen die allgemein verbreitete Erdwärme, welche nach ihren verschiedenen Abstufungen den Quellen ihre Temperatur verleiht, ja selbst die bisher als durch vulkanische Processe bedingte höhere Temperatur einzelner Quellen führt Seegen zurück auf die in den Tiefen der Erde bedingte Bildung von Thermen und Wasserdämpfen die eben früher da sein mussten, bevor vulkanische Eruptionen stattgefunden. Dieses Festhalten eines bestimmten Ausgangspunctes, zu dem der Verfasser im Verlaufe dieses Capitels stets mit neuen Motiven wieder zurückkommt, ist wohl der Hauptgrund der Klarheit in der Darstellung, die dadurch allerdings einen etwas doctrinären Anstrich gewinnt, in einem Compendium aber ganz am Platze ist. Dass die Wärmecapacität der Thermen und das optische Verhalten der Mineralwässer nichts specifisches darbieten, sondern sich einfach durch ihre physikalischen und chemischen Eigenschaften erklären lassen, ist durch das Experiment erwiesen; es ist wohl mehr als wahrscheinlich, dass es sich in Bezug auf Electricität eben so verhalte.

In dem 3. Capitel: »Chemische Quellenverhältnisse« wird uns ein Bild entrollt von der Thätigkeit im Innern der Erde zur Synthese der Mineralwässer und vorerst den Gasen die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt, wobei wir nur gewünscht hätten, dass die Gase sowie die Dünste des Atmosphärenwassers als des Ausgangspunctes sämmtlicher Beobachtungen gleich Anfangs etwas eingehender behandelt worden wären. Auch die reinen Dampfexhalationen haben nach Seegen dieselbe Ursprungsstätte wie die Thermen, und vulkanische Processe sind hier bloss die Vermittler, insofern sie neue Wege eröffnen zum Austreten der heissen Dämpfe. Unter den Gasen sind natürlich die Kohlensäure und der Schwefelwasserstoff als die verbreitetsten und wichtigsten ausführlicher erörtert. Das Vorkommen der Kohlensäure als stäter Begleiter der atmosphärischen Luft und des Wassers, wenn gleich in minimaler Grösse, ist der ersten Entstehung nach höchst wahrscheinlich das Product der organischen Natur. Die Erfahrung lehrt aber, dass gegenwärtig Kohlensäureexhalationen in vielen Fällen an ein bestimmtes Terrain und an gewisse geognostische Verhältnisse, namentlich an Basalt- und Trachytformationen d. i. an die Nähe vulkanischer Herde gebunden, beobachtet werden. Diess ist aber nicht die einzige Ursache ihres Vorkommens; die im Erdinneren aufgeschichteten kolossalen Massen kohlensauren Kalkes, und von kohlenstoffigen Verbindungen liefern das Materiale für die Einwirkung der Hitze und chemischer Agentien als deren Educt die Kohlensäure zu Tage tritt, sobald nur eine Communication mit jener verborgenen Werkstätte der Natur hergestellt ist. Es ist hiemit, wie Seegen nachzuweisen sich bemüht, festgestellt, dass auch die Kohlensäureentwicklung das Resultat eines allenthalben im Boden verbreiteten Processes ist. Die Behauptung Seegen's jedoch (S. 102), dass gemäss der eben gegebenen Erklärung alle Säuerlinge mit einer höheren Temperatur zu Tage kommen, wird durch die Erfahrung widerlegt; wir wollen nur die erwiesen kältesten anführen, nämlich Koritnicza mit 5° R. und Borsa in der Marmarosch mit nur 4° R., die überhaupt zu den kältesten bekannten Quellen gehören, ein Factum, welches übrigens die Hypothese über die Entstehung der Säuerlinge gar nicht alterirt, da solche Quellen, wenn gleich bei ihrer Bildung von hoher Temperatur, doch besonders im Hochgebirge, eine lange Strecke vor ihrem Austritte mehr oberflächlich fliessen und so sich bedeutend abkühlen können.

Das Vorkommen von Schwefelwasserstoff wird gleichfalls mit Recht nicht bloss als das Ergebniss vulkanischer Thätigkeit gedeutet sondern auch zurückgeführt auf die chemische Wechselwirkung organischer Stoffe und des schwefelsauren Kalks oder überhaupt, wie wir glauben, auf die Zerlegung des Wassers durch Schwefelmetalle oder Schwefelalkalien. Der gegenwärtig leichte Nachweis des

*) Durch ein unliebsames Versehen verspätet. Die Redaction.

Zusammenhanges zwischen den Bestandtheilen der Quellen und des Bodens und der hierbei intervenirenden Processe, Auslaugung und Zersetzung ist kurz und bündig geführt; auch der Ursprung der einzelnen fixen Quellenbestandtheile als solcher ist klar dargelegt. Dass Szkleno als Beispiel einer Eisentherme angeführt wird, ist wohl nur ein Versehen. Bekanntlich ist Szkleno (Glashütten) eine Gypstherme (wie Seite 143 selbst angeführt ist), wird aber leider im speciellen Theile gar nicht erwähnt, obwohl es eine kräftige Therme Ungarns von 44° R. mit recht zweckmässigen Cureinrichtungen ist. Bei Mangan hätte schon hier erwähnt werden können, dass es als Begleiter des Eisens in früheren Analysen nicht so genau von diesem getrennt wurde, daher mit Anlass gab, dass die Menge des Eisens durchschnittlich zu hoch ausfiel. Aehnliches in Bezug auf Analyse gilt von der Kieselsäure, jenem am allgemeinsten verbreiteten chemischen Stoffe. Vichnye (wahrscheinlich verwechselt mit Szkleno) wird S. 143 mit Unrecht als stark gypshältiges Wasser angeführt, da es nach der alten Analyse 3.45 gr., nach der neuesten nur 1.9 gr. Gyps enthält. Unter den Beispielen von Eisenvitriolwässern hätte Vitriolo in Tirol einen Platz verdient, dafür Neusohl mit seinen salinischen Säuerlingen unter den Kupfervitriolwässern gestrichen und Schmöllnitz in der Zips als Cementwasser hingestellt werden sollen. Die Betrachtung der Wechselbeziehung zwischen Mineralquellen und Erdkörper gewährt ein treffliches Resumé des bereits Mitgetheilten und zeigt, dass der Verfasser besonders in der Schilderung des allgemeinen Zusammenhanges der Erscheinungen sich als Meister der Darstellung bewährt.

Die Skizze des Vorganges bei der qualitativen Analyse der Mineralwässer nach Fresenius ist eine nützliche Beigabe; eine beiläufige Angabe der Methode zur quantitativen Analyse wäre dem praktischen Arzte zu seiner Belehrung gewiss erwünscht gewesen.

In dem nun folgenden Capitel: »Der balneologische Heilapparat« finden wir nebst der Eintheilung der Mineralwässer, die wir am Schluss des allgemeinen Theils gleichsam als Brücke zur speciellen Balneologie am liebsten sehen würden, nebst dem Meer, die Mutterlaugen, Mineralwässersalze, den Mineralmoor und Schlamm die Wasser-, Gas- und Dampfbäder, dann die Molke und die künstlichen Mineralwässer, welche beide letztere eher in einen Anhang gehören, wie es der Verfasser im Vorworte selbst theilweise zuzugeben scheint. (Schluss folgt.)

Miscellen, Amtliches, Personalien.

Notizen.

Dem Medicinae Doctor Victor Bochdalek wurde die zweite unbesoldete Assistentenstelle bei der Lehrkanzel der Anatomie an der Prager Hochschule verliehen.

Literarisches. Ein von der Hirschwald'schen Buchhandlung in Berlin ausgegebener Prospect stellt das Erscheinen eines Archives für klinische Chirurgie, von Prof. Langenbeck herausgegeben, in Aussicht. Der gefeierte Name des berühmten Chirurgen und die Reichhaltigkeit des Materiales, welches der Langenbeck'schen Klinik aller Orten zuströmt, bürgt von vorne herein für einen eben so lehrreichen als anziehenden Inhalt.

Ein sehr zeitgemässes Unternehmen ist ferner die Herausgabe einer Zeitschrift für Feldärzte, welche von den Herren Doctoren Löffler und Abel, Militärärzte der preussischen Armee, jede zweite Woche, in Berlin erscheint.

Aus dem allgemeinen Krankenhause in Wien im Monat Februar 1860. — In diesem Monate betrug die Gesammt-Aufnahme 1517 Kranke (972 Männer, 545 Weiber), um 137 geringer als die im Monat Jänner, und um 220 geringer als die durchschnittliche Aufnahme im Monat Februar der letzten 10 Jahre. — Das Heilungs-Procent war 74.4, das Sterblichkeits-Procent: 10.2, (mit Ausschluss der Tuberculose); ersteres gestaltete sich somit im Vergleich zum Vormonat günstiger, das letztere hingegen ungünstiger. Der mittlere Stand war 1997 Kranke per Tag in der Verpflegung; derselbe hat sich somit gegen den Vormonat, in welchem er 2045 betrug, ermässigt. Als im Krankheits-Charakter analoge Formen kamen 326 entzündliche, 218 katarrhalische, 70 adynamische und 25 contagiöse Erkrankungen zur Aufnahme. Der Krankheits-Charakter war katarrhalisch-entzündlich. Als die in diesen Monaten vorherrschenden Krankheiten erscheinen, mit Ausnahme der stationären Formen, Syphilis und Lungentubercolose, welche die höchsten Zahlen in der Aufnahme bieten, die Kartarrhe der Verdauungs- und Athmungs-Organe, welche in einer Anzahl vertreten waren, dass sie den erst benannten Formen beinahe gleich kamen. —

Bezüglich der einzelnen Krankheitsformen: Die Lungentuberculose hält sich fortwährend auf ihrer perniciösen Höhe; die Sterblichkeit betrug 66.6% des Abganges. Der ungünstige Verlauf der Erkrankung war in mehreren Fällen nicht so durch die Ausbreitung des Leidens in den Lungen und deren Ueberzug, sondern vielmehr durch die Localisation auf die Darmschleimhaut mit consecutiv erschöpfenden Diarrhöen bedingt.

Die meisten der zur Beobachtung gekommenen typhösen Erkrankungen waren schwere. Die Symptomengruppe von Seite des Gehirns- und Nervensystems: Schlaflosigkeit und Delirien, Unruhe und Zittern der Extremitäten war im hohen Grade gegenwärtig. Papulöses Exanthem kam ziemlich häufig vor. Die Sterblichkeit betrug 26.4% des Abganges, zeigt mithin gegen das Vormonat eine Zunahme um 4%. Pneumonie, durch schwere Falle vertreten, hatte eine Sterblichkeit von 32.2% des Abganges, im Vergleich zum verflossenen Monat um 9% höher; eben so gestaltete sich jene der Rippenfellentzündung ungünstiger. Die Exantheme, in geringer Anzahl und beinahe durch Blattern allein vertretea, boten nichts Erwähnenswerthes. Der Heiltrieb der Wunden war ein guter; Erysipel und Gangraen kamen nur selten als Complicationen des Wundverlaufes zur Beobachtung.

Gesundheits-Verhältnisse Wien's. Im k. k. allgemeinen Krankenhause sind vom 24. bis 30. April dieses Jahres inclusive 402 neue Kranke zugewachsen, um 17 weniger, wie in der Vorwoche. Der Krankenstand variirte zwischen 1972 und 2025, und war am 30. d. M. 1972 (1132 Männer, 840 Weiber). Lungentuberculose und Katarrhe der Athmungsorgane waren die am häufigsten zur Aufnahme gekommenen Krankheitsformen. Pneumonien und Wechselfieber waren häufiger, Typhen gering an der Zahl, doch mitunter durch schwere Formen vertreten. Unter den Exanthemen haben Blattern zugenommen.

Personalien.

Der Regimentsarzt Dr. Anton Siegl, des 75. Inf.-Regt. erhielt das Ritterkreuz des königl.-sächs. Militär St. Heinrichs-Ordens.

Veränderungen in der k. k. feldärztlichen Branche.

Transferirt:

OA. Dr. Josef Radelburg, vom 15. zum 2. Inf.-Regt.
» Dr. Stanislaus Czerkawski, vom 41. zum 15. Inf.-Regt.
» Dr. Ladislaus Jasinski, vom Garn.-Spital in Verona zum 2. Aufn.-Spital.
» Dr. Moritz Schwarz, vom 62. Inf.-Regt. zum 2. freiwilligen Husar.-Regt.

Pensionirt:

OWA. Johann Hartmann, vom 62. Inf.-Regt.
UA. Alexander Krammer, vom 41. Inf.-Regt.
» Dr. Michael Schwarz, vom Garn.-Spit. in Laibach.

Gestorben:

RA. Dr. Florian Lill, vom 4. Husar.-Regt.
» Dr. Engelbert Tragseil, vom 16. Inf.-Regt.

Erledigungen.

Die provisorische Kreisthierarztstelle in Klausenburg, mit einem Jahresgehalte von 315 fl. österr. Währ. und dem Bezug der normalmässigen Gebühren nach der 12. Diätenclasse bei Dienstreisen ist zu besetzen. Die bezüglichen Gesuche, welche das erworbene Diplom als approbirter Thierarzt, die bisher gediehenen Leistungen im practisch thierärztlichem Felde und die Kenntniss der Landessprachen (deutsch, ungarisch und romänisch) nachweisen müssen, sind bis 31. Mai l. J. an das k. k. Kreisamt in Klausenburg zu leiten.

Die Stelle eines klinischen Assistenten an der Innsbrucker medizinisch-chirurgischen Lehranstalt, womit zugleich der Dienst eines Secundarwundarztes im Innsbrucker Stadtspitale verbunden ist, welche mit dem Gehalt jährlicher 210 fl. österr.-Währ. und dem Genuss einer freien Wohnung auf die Dauer von 2 Jahren fundirt ist, wird im Concursweg besetzt werden. Diejenigen Wundärzte, welche zu competiren wünschen, haben ihre instruirten Gesuche bis 15. Mai d. J. bei dem k. k. medicinisch-chirurgischen Studien-Directorat einzubringen.

Druck von Anton Schweiger in Wien.

Hiezu Dr. Schlager's Festrede als ausserordentliche Beilage.

Ueber die Aetiologie der Geistesstörungen.

*Von **Dr. Ludwig Schlager,***
Landesgerichtsarzt und Docent der Psychiatrie. Mitgetheilt nach seinen Vorträgen über Pathologie und Therapie der Psychosen.

Für die praktisch-ärztliche Aufgabe der Psychiatrie ist die Aetiologie und namentlich die Pathogenie von unendlicher Wichtigkeit und zwar, wie diess jeder praktische Irrenarzt zugestehen muss, nicht blos für die Feststellung der Diagnose, sondern auch für die Therapie.

Ohne eingehende Forschung über die ursächlichen Momente der Störung wird man kaum zu einer richtigen Auffassung des Einzelfalles gelangen, und wenn gleich die Beseitigung mancher, insbesonders entfernterer Ursachen nicht in der Macht des Arztes steht, so sieht man doch, wie namentlich in manchen Fällen frischer Erkrankung die psychische Störung schon durch Entfernung einzelner unter den gewöhnlich vielfältigen, zusammenwirkenden Ursachen mit Erfolg bekämpft werden kann, und es bieten vorzüglich alle die mannigfaltigen Durchgangspuncte der Erkrankung, alle die organischen Störungen, welche die Pathogenie als Mittelglieder zwischen äusseren Ursachen und zwischen den der Geistesstörung zu Grunde liegenden palpablen organischen Veränderungen als deren letztem Resultate nachweist, die erfolgreichsten Angriffspuncte für die Therapie dar.

Unter Ursachen versteht man in der Psychiatrie, wie in der übrigen Pathologie, die mannigfaltigsten Classen von Momenten, denen man einen Einfluss auf die Entstehung der Krankheit zuschreibt, die aber zu dieser selbst in höchst verschiedenen Verhältnissen stehen.

Einestheils begreift man unter den Ursachen alle jene äusseren Umstände, unter denen man Irresein überhaupt bald häufiger, bald seltener vorkommen sieht, andererseits meint man damit gewisse äussere Schädlichkeiten (Kopfverletzungen, Sonnenhitze u. dgl.), nach deren Einwirkung die Krankheit häufiger entsteht, endlich umfasst das Gebiet der Ursachen jene inneren, dem Organismus selbst angehörigen Momente, z. B. vorausgegangene Krankheiten, denen erfahrungsgemäss ein Einfluss auf das Irrewerden zukömmt.

Bei sehr vielen dieser Momente ist der nähere Zusammenhang zwischen ihnen und der ihnen zugeschriebenen Wirkung, der Weg, auf dem sich aus ihnen eben Geisteskrankheit entwickelt, kaum oder gar nicht einzusehen; der Schluss: post hoc, ergo propter hoc beruht dann auf einer bloss empirischen (statistischen) Kentniss davon und wird damit zu rechtfertigen versucht, dass gerade diese bestimmten Umstände ganz ungewöhnlich häufig mit dem Irrewerden zusammentreffen oder ihnen vorangehen.

Es ist begreiflich, dass gerade mit der Annahme dieser Kategorie von Ursachen, in welche die grosse Reihe der sogenannten prädisponirenden z. B. die ererbte Disposition u. dgl. fällt, viel Missbrauch getrieben wird.

Bei anderen Ursachen ist die Wirkungsweise, die Art, wie in Folge derselben die Krankheit zu Stande kommt, fasslicher und es ist gegenüber der Aetiologie im engeren Sinne, welche nur empirisch die bekannten ursächlichen Momente aufzuzählen weiss, das Geschäft der Pathogenie, den physiologischen Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung deutlich zu machen, das einzelne mechanische Geschehen darzulegen, mittels dessen durch ein gegebenes Moment z. B. durch inadäquate Erregungen des Nervensystems am Ende die geistige Störung zu Stande kömmt.

Man hat die Ursachen der geistigen Störungen verschiedentlich ein- und unterzutheilen versucht, so z. B. in prädisponirende und Gelegenheits-Ursachen; eine andere sehr gebräuchliche ist die Eintheilung derselben in somatische, psychische und gemischte Ursachen, in äussere und innere, eine nahe gelegene: die Unterscheidung derselben in nähere und entferntere u. dgl.

Ich will den Werth dieser Eintheilungen vom theoretischen Standpuncte aus nicht in Abrede stellen; für die Praxis haben dieselben nur einen untergeordneten Werth, da sie stets in abhängiger Beziehung von den Grundanschauungen stehen, die der Einzelne über das Wesen der geistigen Störungen festhält.

Ich halte es daher auch nicht für meine Aufgabe, die voraus angeführten und überhaupt gebräuchlichen Eintheilungen der ursächlichen Momente der psychischen Störungen einer kritischen Beurtheilung zu unterziehen.

Bei meiner Anschauungsweise über das Wesen der geistigen Störungen, als welche ich alle jene Zustände auffasse, bei welchen in Folge krankhafter materieller Veränderungen im Organismus und zwar in Folge deren Rückwirkung auf das Nervensystem eine Störung, eine abnorme Aeusserungsweise der physiologischen Geistesthätigkeiten hervortritt, kann ich nur jenen Momenten eine ätiologische Bedeutung für die Entwicklung einer Geistesstörung beilegen, durch welche solche krankhafte organische Veränderungen herbeigeführt wurden, die unmittelbar oder in ihrer organischen Fortentwicklung durch ihre Rückwirkung auf das Nervensystem eine Störung der geistigen Functionen bedingten, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass sich ein ununterbrochener, organisch begründeter Zusammenhang zwischen der vorausgegangenen, sei es inner- oder ausserhalb des Organismus gelegenen Schädlichkeit und der späterhin vortretenden Geistesstörung durch bestimmte, charakteristische Zeichen kundgibt, oder aber auch

ohne solche, wenn die der Geistesstörung zu Grunde liegenden nachweisbaren pathologischen Veränderungen solcher Art befunden werden, dass man selbe auf Grund pathologisch-anatomischer und exacter klinischer Erfahrung mit Sicherheit als Folgezustände der früher bestandenen Schädlichkeit ableiten kann.

Da es als Thatsache feststeht, dass alle lebenswichtigen Organe mit dem Nervensysteme in Wechselwirkung stehen, dass sie aufeinander fördernd oder hemmend einwirken können, so verliert damit die Aetiologie der psychischen Störungen allerdings den Charakter der Specialität, sie hat nichts mehr zu sagen, als überhaupt die allgemeine Pathologie in ihrem Capitel von den Krankheitsursachen zu sagen weiss. Alles, was überhaupt den Menschen krank machen kann, kann unter Umständen auch eine psychische Krankheit erzeugen, aber nur insoferne, als Störungen im Nervensysteme veranlasst werden, die sodann als die nächsten Ursachen der psychischen Krankheiten aufzufassen kommen.

Wenn ich hier von der Rückwirkung auf das Nervensystem im Allgemeinen und nicht von denen auf das Gehirn im Speciellen spreche, so geschieht diess aus dem Grunde, weil man das Gehirn in seiner Totalität nicht ausschliesslich als das Vermittlungsorgan der Geistesfunctionen ansehen kann, und die ganze Kette der sogenannten geistigen Vorgänge nur durch das Nervensystem in seinen Wechselbeziehungen zum Gesammtorganismus vermittelt erscheint.

Wir wissen wohl, dass gewichtige Thatsachen vorliegen, dass das Gehirn als Centralorgan des Nervensystems in wesentlichen Beziehungen zu dem Vonstattengehen der geistigen Vorgänge stehe, wir kennen aber die Beziehungen der einzelnen Hirntheile und Hirnelemente zu den psychischen Functionen noch durchaus nicht, und wir müssen daher alle bisherigen Angaben über Localisation der psychischen Vorgänge in gewisse Gehirnabschnitte in's Reich der Hypothesen verweisen. Mechanische Verletzungen, Substanzverluste, Neubildungen u. dgl. können das Gehirn treffen, respective sich in ihm oder seiner Umgebung entwickeln, ohne dass daraus die mindeste Störung der geistigen Vorgänge hervorgeht. Das Bemühen, den Theil des Gehirnes zu ermitteln, welches als eigentliches Vermittlungsorgan des geistigen Lebens angesehen werden könnte, hat trotz allen Experimenten, Vivisectionen und sonstigen Thierquälereien noch zu keinem positiven Resultate geführt, während man bekanntlich über den Zusammenhang, in dem dieser oder jener Hirntheil zur Empfindung oder Bewegung steht, schon ganz gute Daten besitzt. Wenn wir auch Grund haben zu vermuthen, dass die graue Substanz für die Aeusserungsweisen der Geistesfunctionen eine hervorragende Rolle spielt, so ist diess mehr ein Fingerzeig für künftige Forschung, als eine bereits erworbene Thatsache.

Im concreten Falle entnehmen wir die aetiologischen Momente aus der Anamnese und diese ist daher überall mit grösster Sorgfalt und genauestem Eingehen in's Einzelne zu eruiren.

Man hat sich bei Erhebung der Anamnese zuerst vor dem groben Fehler zu hüten, die Hypothesen der bisherigen Umgebung des Kranken, seiner Angehörigen u. dgl. über die Entstehung der Krankheit ohne genaue Prüfung anzunehmen — oder was eben so häufig geschieht, theils schon entschiedene Symptome der beginnenden Störung, theils nur die letzten zufälligen Impulse seines deutlichen Ausbruches für die wahren Ursachen zu halten.

Die Ansichten der Umgebung eines Kranken über Aetiologie sind häufiger irrig als richtig, fast immer wenigstens einseitig. Jedem Irrenarzte kommt es vor, dass die Umgebung eines Kranken mit Bestimmtheit behauptet, ganz genau nachweisen zu können, wie die Krankheit aus bestimmten psychischen Ursachen entstanden sei. Bald waren dem Kranken seine Speculationen missglückt, bald hatte seine amtliche Stellung oder sein häusliches Leben ihn niedergedrückt, bald war gekränkter Ehrgeiz, eine unglückliche Liebe, Kummer u. s. w. die angegebene Ursache seines Leidens, bei welchem sich der Kranke angeblich körperlich wohl befand.

Forscht man nun aber dem ganzen Verlauf des Zustandes genauer nach, so gelangt man zu ganz anderen Ergebnissen und findet, dass den angeblichen Ursachen eine Reihe von Erscheinungen vorausgegangen, die schon auf das frühere Bestehen krankhafter Zustände schliessen lassen, die aber von der Umgebung übersehen und nicht beachtet worden sind, und die Ursache, welche angeblich die Krankheit erzeugt haben soll, fällt schon mitten in den Krankheitsverlauf.

So tritt in manchen Fällen beim Beginne oder bei schon bestehender psychischer Störung ein lebhafter Hang zu spirituösen Getränken oder ein stärkerer Geschlechtsreiz hervor, der zu Excessen und Onanie führt, es kann die schon vorhandene psychische Aufregung zu übereilten Verbindungen, zu gewagten Geschäftsunternehmungen, zu religiösen Scrupeln u. dgl. Anlass geben, da begeht man dann oft den Fehler, die Krankheit der Trunksucht, der unglücklichen Liebe, missglückten Speculationen u. dgl. zuzuschreiben, während sich bei genauerem Eingehen herausstellt, dass jener in Speculationen verwickelte Kaufmann schon Monate lang vorher seine frühere Tüchtigkeit, Besonnenheit und Arbeitsamkeit verloren, sein Appetit schlecht, sein Schlaf unruhig geworden war, dass sich sein Colorit geändert habe, seine Stimmung reizbar, heftig, aufbrausend wurde u. s. f. Bei genauer Prüfung wird man finden, dass die psychische Erkrankung immer erst das Zweite in der Chronologie der Krankheit sei, und dass es eine psychische Erkrankung bei gesundem Körper nicht gebe.

Es kann wohl Niemandem einfallen zu läugnen, dass in der Geschichte der Entstehung vieler Geisteskrankheiten, Schmerz, Kummer, häusliches Elend, Sorgen u. s. w. eine erhebliche Rolle spielen, aber gerade diese Fälle sind geeignet darzulegen, dass das betreffende Individuum unter dem Einflusse dieser Momente erst dann in den Zustand wirklicher Geistesstörung verfiel, wenn die psychische Verstimmung den Schlaf raubt, wenn bei dem Kranken die Verdauung sinkt, das Blut sich entmischt, das Colorit erdfahl wird, die Menstruen unregelmässig erfolgen, Stuhlverstopfung auftritt u. s. f., lauter Zustände, die man als somatische leider nur zu oft als unwesentlich ansieht und gar nicht beachtet. Daher kommt es sehr oft vor, dass in Folge der Nichtbeachtung solcher somatischer Erscheinungen von der Umgebung oder unkundigen Aerzten ein Irresein als frisch entstanden betrachtet, und gewissen neuerlichen Vorfällen zugeschrieben wird, das sich bei näherer Untersuchung als ein schon viele Jahre bestandenes und ganz eingewurzeltes darstellt.

Bei der Erhebung der Anamnese eines Geisteskranken darf man sich daher nicht blos mit den auffallenden körperlichen oder geistigen Ereignissen, die dem Irresein näher vorangiengen, begnügen, man muss sich vielmehr auf den Standpunct stellen, wo der vorhandene krankhafte Zustand als das endliche Ergebniss aller früher vorhandenen Lebenszustände erscheint. Die anamnestische Untersuchung muss sich auf die Gesammt-

heit der leiblichen und geistigen Antecedentien einer Persönlichkeit erstrecken, um so ein allseitiges Bild der Geschichte einer Individualität zu gewinnen. Nur auf solchem Wege ist eine Einsicht in die wirkliche Bildungsgeschichte der psychischen Störungen möglich, nur so gelingt es an ihren Ursprüngen die feineren Fäden zu fassen, die sich, wie Griesinger so schön und treffend bemerkt, am Ende zu Wahngespinnsten verschlungen haben; nur so kann man in manchen Fällen, wo Irresein plötzlich und scheinbar ganz unmotivirt zum Ausbruche kommt, die längst gegebene Vorbereitung der Erkrankung, die mathematische Nothwendigkeit ihres Eintrittes erkennen.

Und all' dieses ist eben von höchster Bedeutung für die Therapie, welche der Anamnese die Jndicationen bald zur Tilgung inveterirter chronischer Krankheitsprocesse, bald zur Entfernung gewisser Ursachen entnimmt, und welche einen tieferen Einblick in den Charakter des Individuums braucht, um alle in demselben liegenden Ressourcen einer activen Therapie benützen zu können.

Ein näheres Eingehen der anamnestischen Forschung zeigt dann alsbald, wie es in der ausserordentlichen Mehrzahl der Fälle nicht eine einzige specifische Ursache, sondern vielmehr ein Complex mehrerer, zum Theil sehr vieler und verwickelter Momente war, unter deren Einfluss die Krankheit endlich zu Stande gekommen.

Die deutsche Psychiatrie hat das Verdienst, die Aetiologie und Pathogenie der geistigen Störungen immer tiefer und richtiger aufgefasst und glücklicher bearbeitet zu haben, als die französischen Schulen. Während diese noch bis in die neueste Zeit bei ihren ganz abstract gehaltenen Tabellen psychischer und moralischer Ursachen stehen geblieben, in denen Trunksucht, Epilepsie, Ehrgeiz, Prostitution u. dgl. als gleichwerthige Kategorien von Ursachen neben einander stehen, haben die deutschen Irrenärzte Heinroth und Ideler von psychischer Seite, Bergmann, Flemming, Jacobi, Jessen, Nasse, Zeller u. v. a. theils mit vorzüglicher Berücksichtigung der somatischen Ursachen, theils allseitig schon seit langer Zeit auf genaues Individualisiren in Bezug auf die Ursachen des Einzelnfalles gedrungen, und es hat sich so immer mehr eine Betrachtungsweise festgestellt, welche die sorgfältige Berücksichtigung aller Momente in ihrem Zusammenhange und Zusammenwirken auf die Entwicklung des Krankheitszustandes fordert.

Hier liegt nun eben die Schwierigkeit in der richtigen Werthschätzung des Einflusses, den jedes einzelne dieser Momente auf die Krankheitsentstehung hatte, hier gilt es, sich den Blick ungetrübt von systematischer Prävention für diese oder jene Theorie und von einseitiger Bevorzugung einer oder einer gewissen Reihe von Ursachen rein zu erhalten.

Das Urtheil darf sich nur durch die vorliegenden, genau untersuchten Thatsachen leiten lassen; wo empirische Daten über die Ursachen in einem bestimmten Falle fehlen, dürfen sie nicht durch Hypothesen ersetzt werden, und die Wichtigkeit der einzelnen vorliegenden Momente ist nach den sonstigen Grundsätzen einer rationellen Pathologie zu schätzen.

Ein ursächlicher Einfluss ist bei denjenigen Momenten natürlich am sichersten anzunehmen, deren Wirkungsweise sich im Einzelnen verfolgen und deren Effect sich daher als ein physiologisch nothwendiger begreifen lässt, oder wo dieses auch nicht der Fall ist, bei denen, welche wenigstens durch eine umfassende Statistik festgestellt sind. Doch erscheint es in diesen letzteren Fällen als nothwendiges Postulat einer rationellen Forschung, bei der Annahme solcher ätiologischer Momente nicht ohne alle wissenschaftliche Kritik vorzugehen.

Man darf nie vergessen, dass etwas, um Ursache zu sein, auch wirklich der vermeintlichen Wirkung vorangegangen sein muss, und dass wenigstens die Annahme eines Zusammenhanges zwischen Wirkung und Ursache nicht gegen die Regeln der Logik verstosse.

In so manchen Fällen fehlt es vollends an allen ätiologischen Anhaltspuncten und das Irresein entsteht allmählig, wie viele andere chronische Krankheiten, aus ganz unbekannten Einflüssen.

Nichts wäre falscher, als hier imaginäre somatische Ursachen zu supponiren, und solchen Vermuthungen einen Einfluss auf den Heilplan zu gestatten. Eben so falsch in Rücksicht der Diagnose, als schädlich für die Krankenbehandlung wäre es, wenn man sich aus dem Vorhandensein einzelner Symptome mit Bestimmtheit einen Schluss auf bestimmte vorausgegangene Veranlassungen erlaubte, wie diess leider mitunter geschieht.

Bei der praktischen Wichtigkeit der Anamnese für die Diagnostik und Behandlung anomaler psychischer Zustände erscheint es mir auch nicht ganz überflüssig, einige praktische Andeutungen zu geben, die der Arzt, dem Geisteskranken gegenüber, bei seinen anamnestischen Erhebungen berücksichtigen soll.

Vorerst muss man sich unter allen Umständen gegenwärtig halten, dass in einer sehr grossen Anzahl von Fällen die anamnestischen Daten nicht durch directe Fragestellung des Arztes an den Kranken erhoben werden können, dass überhaupt der Arzt, sobald er einen Geisteskranken zur Behandlung überkömmt, sehr vorsichtig beachten muss, ob und in welcher Richtung eine Fragestellung an den Kranken über vorausgegangene Lebensverhältnisse erlaubt sei.

Es geschieht leider nur zu häufig, dass man durch unpassende, unbesonnene Fragestellung dem Kranken unnöthige Aufregungen verursacht, ohne irgend welche sichere Daten für die Anamnese zu gewinnen. Insolange man keine genügenden Anhaltspuncte besitzt, um eine rationelle Fragestellung an den Kranken richten zu können, ist es im Interesse des Kranken viel besser, jede directe Fragestellung über vorausgegangene Lebensverhältnisse zu meiden. Man schadet gewiss dem Kranken weniger, wenn man nichts oder wenig frägt, als wenn man zu viel und über alles Mögliche Auskunft verlangt.

Wenn überhaupt die Behandlung des Geisteskranken Umsicht erfordert, so erfordert gerade die Erhebung der anamnestischen Daten einen besonderen Tact von Seiten des Arztes und die Art der Fragestellung bei Erhebung der Anamnese liefert einen untrüglichen Prüfstein über die Gewandtheit und Befähigung des Arztes für die Behandlung von Geistesgestörten.

Es verräth eine ebenso grosse Unkenntniss des Benehmens im Umgange mit Geistesgestörten, wie Rücksichtslosigkeit gegen dieselben, wenn der Arzt bei seinen Erhebungen nicht die Rücksichten beachtet, die er dem Zartgefühl eines jeden Kranken schuldig ist, und man muss es in strengster Weise rügen, wenn der Kranke, wie es leider nur zu oft geschieht, vom behandelnden Arzte durch Fragestellung über die zartesten Lebensverhältnisse in Gegenwart dritter oder mehrerer ganz unberufe-

ner Personen gequält wird. Nichts wirkt für den Kranken verletzender, nichts entmuthigender, nichts steigert seine Aufregung oder Verstimmung, vor allem aber die Verschlossenheit und die Zurückhaltung mancher Kranken mehr, nichts entzieht dem Arzte das Vertrauen und offene Entgegenkommen des Kranken so häufig und so leicht, als Schonungslosigkeit, Mangel an Tact und Zartgefühl bei Fragestellung behufs Erhebung der Anamnese.

Es ist daher eine der Hauptregeln eines humanen und rationellen Arztes, dem die Behandlung eines Geisteskranken anvertraut wird, bei Erforschung der anamnestischen Daten, das Zartgefühl des Kranken zu schonen, manche Verhältnisse in directer Fragestellung gar nicht zu berühren, und bei solchen Besprechungen dritte Personen möglichst ferne zu halten.

Wenn der Kranke zu Mittheilungen nicht geneigt ist, was sich von dem gewandten und erfahrenen Arzt bald entnehmen lässt, so dringe man nicht weiter auf den Kranken ein, sondern warte ab, um vielleicht in einem Momente, wenn der Kranke bei besserer Stimmung sich befindet, die gewünschten Mittheilungen zu erhalten.

Sieht man, dass der Kranke durch die Fragestellung irgendwie aufgeregt oder mehr verstimmt wird, breche man von dem Gegenstande in passender Art und Weise ab.

Schwache, leicht erregbare Kranke belästige man nicht durch eine lange, erschöpfende Besprechung, sondern suche durch wiederholte Besprechungen, die nothwendigen Daten zu ergänzen.

Bei sehr gesprächigen Kranken, wie überhaupt bei jedem Kranken, suche der Arzt den Gang des Gespräches so zu leiten, dass unwesentliche Abschweifungen in der Darlegung vorausgegangener Verhältnisse möglichst vermieden werden. Vom Kranken selbst suche man nur das für die Beurtheilung des Falles Wesentliche in Erfahrung zu bringen, so weit diess nicht von der Umgebung des Kranken erhoben werden kann.

Verschlossenen Kranken suche man ja nicht durch bestimmte directe Fragestellungen beizukommen, bei solchen gelangt man nur auf Umwegen zum Ziele, durch Einleitung scheinbar ganz zufälliger Besprechungen über schlechtweg indifferente Verhältnisse. Man suche hiebei die sogenannten schwachen Seiten des Kranken aufzufinden, um sich durch deren Benützung das Vertrauen der Kranken zu gewinnen und zu sichern. Insoweit es sich um die Ermittlung subjectiver Zustände handelt, vorausgegangener oder noch bestehender, richte man seine Fragestellung so ein, dass man den Kranken durch die Befragung nicht präoccupirt, dass man ihm die Antworten auf die Fragen über das Bestehen solcher subjectiver Vorgänge nicht aufdrängt, sondern leite die Frage so ein, dass sich derselbe unbefangen über seine Gefühle, subjectiven Sinneswahrnehmungen, Stimmungen, Gedanken und Vorstellungsrichtung ausspricht. Diess gilt eben so sehr bei Erhebung der Daten für die Anamnese, wie bei Constatirung der Erscheinungen des Krankheitszustandes. Insolange man den vorwaltenden Vorstellungsinhalt und die dem Kranken charakteristischen Gedankenrichtungen nicht kennt, hüte man sich insbesondere durch directe Fragestellung an den Kranken das Bestehen von sogenannten Hallucinationen, Illusionen und Wahnvorstellungen ermitteln zu wollen.

Mittheilsame Kranken sprechen sich, wenn man auch indirect auf derartige Vorgänge leise anschlägt, unverhohlen über ihren Zustand aus, verschwiegene und verschlossene Kranke werden durch directe Fragestellung nur noch zurückhaltender und vorsichtiger.

Es ist daher ein Verstoss im Benehmen und verräth Unkenntniss im Umgang mit Geisteskranken, bei Erhebung der Anamnese an den Kranken die Frage zu stellen, ob er nicht allerlei gesehen, nicht Stimmen gehört, nicht einen Geruch nach diesem und jenem, dieses oder jenes Gefühl wahrgenommen habe, ob er nicht diess und jenes geglaubt habe, z. B. dass man ihn verfolge, dass er vergiftet würde u. dgl.

Eine nicht geringe Zahl von Kranken wird auf solche plumpe Fragestellung ausweichend antworten, in anderen Fällen dagegen erwächst für den Kranken durch solch' directe Fragestellung ein entschiedener Nachtheil und zwar dadurch, dass manche Kranke in solchen Fragen eine Bestätigung und Bestärkung in der Annahme und Deutung ihrer abnormen Sensationen erkennen, andere dagegen in Folge solcher Fragen bisher manche noch dunkle Gefühle und Vorstellungen concreter gestalten, und durch die gestellte Frage eine directe Erklärung bisher noch verworrener Anschauungen über ihre bisher noch dunklen subjectiven Vorgänge erlangen.

Es ist eine Beobachtung, die man vielfach zu machen Gelegenheit findet, dass Geisteskranke über Fragestellung nach dem Status ihrer subjectiven Sinnesempfindung z. B. nach dem Status ihrer Geruchswahrnehmung befragt, die Perception von Gerüchen behaupten, deren Vorhandensein wohl eben nur unter dem Einflusse der Fragestellung und der hiedurch angeregten Vorstellungsassociation ausgesprochen wurde. In solchen Fällen bleibt es natürlich stets mehr weniger unsicher, solchen behaupteten Sinneswahrnehmungen eine reelle Basis zu vindiciren, und Anhaltspuncte hiefür finden sich wohl nur in den Fällen, wo solche Sinneswahrnehmungen spontan und constant, ohne directe Einflussnahme auf das productive Vorstellungsleben der betreffenden Individuen ihre Entäusserung finden.

So fand ich häufig bei vortretenden Aufregungszuständen, wenn sich die Vorstellungsbilder in wilder Flucht folgten, dass einfach auf dem Wege der Vorstellungsassociation in Folge der Fragestellung entsprechend dem momentan vortretenden Vorstellungsinhalte, im Bereiche der verschiedensten Sinnesnerven vortretende Wahrnehmungen angegeben wurden, die aber eben mit dem Wechsel des Vorstellungsinhaltes demgemäss metamorphosirten, so bei Kranken im Zustande der sogenannten religiösen Exstase das Wahrnehmen himmlischen Duftes in den verschiedensten Nüancen, für deren Bezeichnung einzelne Kranke ganz eigenthümliche Benennungen und Ausdrücke wählten, bei Dämonomanie das Wahrnehmen von Höllengestank und teuflischen Dünsten, bei Vergiftungswahn das Entdecken der gemuthmassten schädlichen Stoffe durch den Geschmack oder Geruch u. dgl. Ein Fingerzeig, dass solch' von Kranken angegebene Sinneswahrnehmungen nicht als Hallucinationen aufzufassen sind, sondern dass selbe nur über Fragestellung angeregt wurden, ohne dass ihnen irgend welche specifisch abnorme Sinneswahrnehmung zu Grunde liegt, ist schon das Wechseln der Angaben der Kranken über die Natur solcher Wahrnehmungen.

In manchen Fällen sogenannter unmotivirter Depressionsstimmung finden, wie schon früher angedeutet, die Kranken erst unter dem Einflusse der Fragestellung und hiedurch angeregten Vorstellungs-Association ihre bestimmte Erklärung für diese und die so nach dem Causalitätsgesetze vortretenden subjectiven Vorstellungsbilder treten im Momente der Anregung oft in jener Lebendigkeit und Frische vor, dass sie für den Kranken unter dem Eindrucke der Ueberraschung objective Bedeutung gewinnen, und die Kranken sich derselben gleichsam wie objectiver Wahrnehmungen durch darauf Bezug habende Bewegungsacte entäussern.

Alle die hier voraus angedeuteten Verhaltungsregeln bei Erhebung der Anamnese hat man vor Allem auch in der ge-

richtsärztlichen Praxis zu beachten, insbesondere in den Fällen, wo vom Richter die gerichtsärztliche Beurtheilung des Geisteszustandes eines Individuums zur Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit angesucht wird.

In derartigen Fällen muss der Arzt seine Fragestellung sehr vorsichtig einrichten, vor Allem in Bezug aller jener Verhältnisse, die auf die Entwicklung und Darlegung der Motive einer gesetzwidrigen That Bezug haben; gerade in solchen Fällen muss man sich hüten, durch directe Fragestellung die Motive der Handlung ermitteln zu wollen.

Man hüte sich insbesondere in derartigen Fällen bei Erhebung der Anamnese vor der vorgefassten Meinung, den zu Untersuchenden von vorneherein für gesund oder krank, d. i. im juridischen Sinne für schuldig oder nicht schuldig zu halten, und sich von solch' vorgefasster Meinung bei der Art der Fragestellung bestimmen zu lassen.

Es verriethe eine vollständige Unkenntniss des Benehmens im Umgange mit Geisteskranken, sich über unpassende Antworten des Kranken zu ereifern, darüber in Unwillen, Aerger, leidenschaftliche Aufregung zu gerathen, den Kranken über seine Verworrenheit, seinen Eigensinn, sein Thun und Lassen auszuzanken, ihn durch Witzeleien oder Spässe über seine Aeusserungen zu verletzen, dem Kranken durch Drohungen oder Versprechungen Geständnisse erpressen zu wollen, (besonders zu meiden in der gerichtsärztlichen Praxis), hüte sich, der ganzen Erhebung den Charakter eines peinlichen inquisitorischen Verhörs aufzudrücken, oder dem Kranken durch die Art der Fragestellung bei Erhebung der Anamnese fühlen zu lassen, dass man ihn von vorne herein für geisteskrank halte.

Aerzte, die sich solcher Verstösse schuldig machen, verläugnen jede Befähigung für den Beruf eines Irrenarztes.

Der Arzt beobachte vielmehr einen ruhigen Ernst, zeige durch sein ganzes Benehmen Theilnahme, und suche dem Kranken durch möglichst einfache, verständige, klare Fragestellung die Beantwortung der Fragen zu erleichtern.

Die Mittheilungen der Kranken nehme man stets mit grosser Sorgfalt auf; bei misstrauischen Kranken hüte man sich, die gemachten Mittheilungen in Gegenwart des Kranken aufzuzeichnen; beurkunden die Kranken einen hohen Grad von Aufregung, tiefer Depression, von hochgradiger Verwirrung oder bedeutender geistiger Schwäche, so ist es wohl selbstverständlich, dass eine detaillirte Fragestellung zur Ermittlung der anamnestischen Daten vollständig unnütz sei, da die allenfalls mitgetheilten Daten in der Regel als unrichtig sich darstellen.

In Fällen, wo es nimmer möglich erscheint, suche der behandelnde Arzt selbst Seitens der Umgebung des Kranken die nothwendigsten anamnestischen Daten zu ergänzen, vor Allem frage er nach, ob sich bei dem Kranken irgend welche Aeusserungen zeigten, durch die er sich oder der Umgebung gefährlich werden könnte, z. B. Lebensüberdruss, Neigung zu Selbstmord, Neigung zu Thätlichkeit, zu feuergefährlichen Handlungen, zu Excessen irgend welcher Art, unüberlegte Handlungen, wodurch er sich in seinen Vermögensverhältnissen Schaden zufügen könnte u. dgl.

Bei der Einseitigkeit der Auffassungsweise einzelner Personen der Umgebung des Kranken suche man aber, so weit als diess möglich ist, die Daten durch Vernehmung mehrerer Personen der Umgebung zu ergänzen, notire sich die Aussagen jedes Einzelnen für sich, unter Anzeichnung des Namens eines jeden und der Zeit der Angabe, und suche auf solchem Wege der Wahrheit möglichst nahe zu kommen. Die Beobachtung dieses Vorgehens ist vor Allem darum nothwendig, weil sich sehr häufig in der Darstellung der Entwicklungs-Verhältnisse der Krankheit persönliche und Parteiinteressen der Umgebung des Kranken geltend machen.

Insolange man nicht Seitens der Umgebung irgend welche Anhaltspuncte über die Entwicklungsverhältnisse der Krankheit erlangte, und der Kranke nicht selbst den Antrieb zeigt, hierüber Mittheilungen zu erstatten, sei man mit der Erhebung der anamnestischen Daten vorsichtig, und warte lieber ab, bis man indirecte einige Kenntniss über die den Kranken beschäftigenden subjectiven Vorgänge und seine Lebensschicksale erlangt hat.

Um die Zusammenstellung der anamnestischen Daten in übersichtlicher Reihenfolge zu ermöglichen, und nicht etwa irgend welche für die Entwicklung der Krankheit wichtigere ätiologische Momente zu übersehen, erscheint es sehr vortheilhaft, sich eine schematische Uebersicht der wichtigsten Fragepuncte zu verschaffen und darnach die Fragestellung durchzuführen. Eine solche Uebersicht leistet nicht nur dem praktischen Irrenarzte bei Erhebung der Anamnese ganz gute Dienste, sondern vor Allem den praktischen Aerzten, die Geisteskranke seltener zu beobachten Gelegenheit finden.

Dass man auch bei Erhebung der anamnestischen Daten rücksichtlich der Fragestellung nach der Individualität des Kranken, seines Krankheitszustandes und Bildungsgrades strenge individualisiren müsse, ist wohl von selbst einleuchtend. Der erfahrene Arzt wird hiebei in keine monotone Einförmigkeit verfallen, und seine Fragestellung nicht in jedem Falle in derselben Reihenfolge anbringen. Nach Umständen wird er manche Fragen ganz fallen lassen, oder sie in anderer Reihenfolge anbringen und einkleiden.

Ich glaube einem praktischen Bedürfnisse zu entsprechen, wenn ich der Reihe nach jene Fragen hervorhebe, die Behufs der Zusammenstellung der Anamnese, modificatis modificandis in der Mehrzahl der Fälle einer Erörterung bedürfen. Ich werde mich hier bloss darauf beschränken, die Fragen in kurzer Fassung oder höchstens mit ganz kurzen Randglossen der Reihe nach anzuführen, und behalte mir vor, jede Einzelnfrage sodann im Vortrage für sich zu beleuchten.

Einige Schwierigkeit bietet nicht selten namentlich dem Anfänger und dem im Umgange mit Geisteskranken minder erfahrenem Arzte die Einleitung des Gespräches mit dem Kranken.

In dieser Richtung lassen sich wohl keine speciellen Normen anführen. Man mache sich im Allgemeinen zum Grundsatz, den Kranken zu informiren, dass man als Arzt zu ihm beschieden wurde. Die weitere Fragestellung hängt von den individuellen Verhältnissen des Kranken ab, und es bleibt dem Tacte des Arztes überlassen, wie er selbe einleiten müsse. Diessfalls halte ich nicht für ganz unnöthig, aufmerksam zu machen, dass man im Beginne der Besprechung vermeiden solle, dem Kranken durch die Fragestellung merken zu lassen, dass bei ihm ein krankhafter Geisteszustand vermuthet werde. In der Mehrzahl der Fälle gibt das Erkundigen über das gegenwärtige körperliche Befinden einen sehr leichten Uebergang zur Fragestellung über die früheren Krankheitszustände, und hiebei macht man unbemerkt seine Nebenfragen über diese oder jene Lebensereignisse, frühere Gemüthsbeschaffenheit, Lebensgewohnheiten u. dgl.

Vor dem Eingehen in die anamnestischen Verhältnisse sucht man sich, wenigstens wenn man die Anamnese durch Einvernehmung der Anverwandten oder Umgebung des Kranken zu erheben in der Lage ist, die genauen Daten über das Nationale des Kranken zu verschaffen; man erkundigt sich genau nach dem Vor- und Zunamen, Stand, Beschäftigung,

Geburtsort und Vaterland des Kranken, nach seinem bisherigen Aufenthaltsort und seiner Wohnung. Da die religiösen Anschauungen und Grundsätze in vielen Fällen von Geistesstörung in Beziehung zu dieser stehen, insbesondere einzelne Erscheinungen des Irreseins z. B. manche Richtung des Vorstellungslebens, die nächste Motivirung von Nahrungsverweigerung u. dgl., ist es auch nicht unwichtig, sich bei der Umgebung des Kranken, um die Confession desselben zu erkundigen.

Spricht man mit dem Kranken selbst, so bietet gerade die Fragestellung über seine persönlichen Verhältnisse einen ganz passenden Eingang zur Anknüpfung eines Gespräches. Nur meide man bei Erhebung der auf das Nationale Bezug habenden Daten Alles, was an ein polizeimässiges Verhör erinnert.

Sehr häufig habe ich die Erfahrung gemacht, dass es auf manche Kranke, insbesondere Melancholische, einen peinlichen Eindruck macht, wenn man sie sogleich in directer Fragestellung nach ihrem Glaubensbekenntniss erkundigt; ich für meinen Theil habe mir daher zum Grundsatz gemacht, in solchen Fällen gar nicht zu fragen, da diess im Laufe der weiteren Besprechung, falls man diess nicht durch die Umgebung erfahren haben sollte, ohne Schwierigkeit eruirt werden kann, falls es in einem gegebenen Falle überhaupt nothwendig erscheint.

Bei verheirateten weiblichen Personen ist es, wenn man der sogenannten Vererbung der Geistesstörung nachforschen will, jedenfalls nicht unnütz, behufs Eruirung mancher Verwandtschafts-Verhältnisse sich nach dem Namen der Frau vor ihrer Verehelichung zu erkundigen.

Bei verheirateten Personen ist es in manchen Fällen zur richtigen Beurtheilung der Familienverhältnisse nicht unwichtig, zu wissen, ob der Kranke vereint oder geschieden vom anderen Gatten lebe. Doch berührt die darauf Bezug habende Fragestellung Verhältnisse, die ein zartes und rücksichtsvolles Vorgehen Seitens des Arztes erfordern, Fragen, die man bei noch nicht näher gekannten Kranken bis auf weiteres ganz fallen lässt.

Bevor ich die Fragen der Reihe nach anführe, halte ich es nicht für unnöthig, einige Andeutungen beizufügen über die Gesichtspuncte, die man bei der Zusammenstellung von Krankengeschichten Geisteskranker gerade in Bezug auf die Darlegung der anamnestischen Verhältnisse festzuhalten hat.

Wenn es überhaupt für jeden praktischen Arzt wichtig und nothwendig ist, sich die Resultate seiner Forschung über seine Einzelnkranken zu einer kurzen Krankenskizze zusammenzustellen, so tritt diese Nothwendigkeit für den rationellen Irrenarzt um so dringender hervor, da er beim Geisteskranken eine Reihe von so verschiedenartigen Verhältnissen zu beobachten hat, wie diess bei anderen sogenannten somatischen Kranken je kaum nothwendig ist. Der Irrenarzt oder überhaupt jeder Arzt, der die Behandlung eines Geisteskranken übernimmt, muss sich daher die Ergebnisse seiner Forschung genau verzeichnen; der denkende Irrenarzt wird sie aber nicht bloss verzeichnen der Reihe nach, wie er sie gesammelt und erhoben hat, er wird sich auch die gesammelten Daten zu einer lichtvoll geordneten Krankenskizze zusammenstellen, die es ihm ermöglicht, in wenigen Momenten den ganzen Fall in seiner genetisch-chronologischen Entwicklung sich in's Gedächtniss zu rufen. Es ist aber durchaus nicht so leicht, in guter, bündiger, dabei aber klarer und lichtvoller Darlegung die anamnestischen Daten über die Entwicklung der Krankheit eines Geisteskranken zusammenzustellen.

Die Anamnese der Krankengeschichte eines Geisteskranken muss so zusammengestellt sein, dass sie die genetisch-chronologische Entwicklung des gegenwärtigen gestörten Zustandes eines Kranken in den Hauptumrissen darlegt; dieselbe muss uns in chronologischer Folge gleichzeitig ein lichtvolles Bild über die ganze körperliche und geistige Entwicklung des erkrankten Individuums entrollen. Man hält sich dabei am besten an die verschiedenen Altersabschnitte in ihrer natürlichen Aufeinanderfolge, legt vorerst in jedem solchen grösseren Lebensabschnitte die körperliche und geistige Entwicklung, die vorgekommenen organischen Krankheiten in ihrer Entwicklung, ihrem Verlaufe, in ihrer Dauer und ihren Folgen dar, erörtert die auffälligen Vorkommnisse im geistigen Leben des betreffenden Individuums, und skizzirt dann in allgemeineren oder specielleren Umrissen die Lebensschicksale, die der Kranke im Laufe der Jahre erfahren, sei es, wie ihm selbe in seiner persönlichen, bürgerlichen, Familien, staatlichen oder gesellschaftlichen Stellung zugestossen, hebt es insbesondere hervor, ob und welche Rückwirkungen solche Ereignisse im geistigen Leben des Kranken geübt, in welcher Art sich die ersten Spuren der geistigen Störung manifestirten und stufenweise, sei es in ununterbrochener Steigerung oder in Schwankungen, Remissionen und Pausen bis zur Höhe des gegenwärtigen Krankheitszustandes entfaltet haben.

Um allen diesen Anforderungen zu genügen, bedarf es nicht vieler Worte oder romanhafter Ausschmückung, in wenigen sicheren Zügen wird der gewandte Forscher sein Bild hinwerfen — durch Uebung wird es auch der minder Gewandte erreichen, Klarheit mit Kürze zu einen.

Festhaltend an der chronologischen Aufeinanderfolge wird man bei Zusammenstellung der Krankenskizze vorerst die Puncte anführen, die man über die Gesundheitsverhältnisse der Erzeuger des Kranken durch nachstehende Fragestellung erhoben hat:

Waren der Vater und die Mutter des Erzeugten überhaupt und insbesondere vor Erzeugung des betreffenden Kranken gesund oder krank? in welchem Alter befanden sich beide Eltern zur Zeit der Erzeugung des Kranken? Haben dieselben irgend welche schwere Krankheiten überstanden, insbesondere sogenannte Allgemeinkrankheiten, Nervenkrankheiten, Geistesstörungen? Wie verlief die Schwangerschaft der Mutter mit diesem Kinde? Fanden nachtheilige Einflüsse auf die Mutter statt und welche? z. B. Krankheiten, besondere Erregungen des Nervensystems, heftige Gemüthsaffecte, Schreck, Zorn, Kummer, Gram, Freude u. s. f. In welchem Schwangerschaftsmonate fanden solche Vorfälle statt? In welcher Weise äusserten solche Vorfälle ihre Rückwirkung auf das Befinden der Mutter? Hat während der fraglichen Schwangerschaft eine Krankheit der Mutter pausirt oder aufgehört?

Der kritischen Beurtheilung ist es nun überlassen, ob sich aus der Beantwortung derartiger Fragen die Annahme ererbter Disposition zu Geistesstörung beim betreffenden Kranken rechtfertigen lasse.

Ich halte es nicht für überflüssig zu erinnern, dass man wohl unterscheiden müsse zwischen den wirklichen und den sogenannten Stiefeltern, da die Lebens- und Erkrankungs-Verhältnisse der Stiefeltern selbstverständlich ganz bedeutungslos erscheinen, und doch kömmt es nicht selten vor, dass man auch aus Erkrankungen solcher nicht blutsverwandter Personen an Geistes- und sonstigen Nervenkrank-

heiten für deren erkrankte Stiefkinder das Bestehen ererbter Disposition zu Geistesstörungen ableitet.

Manchen Aerzten scheint es auch wichtig, die Gesundheitsverhältnisse der Geschwister des zu untersuchenden Kranken zu ermitteln, andere dehnen diese Untersuchung noch weiter aus, und ziehen auch die Erhebung der Gesundheits-Verhältnisse entfernterer Blutsverwandter, der Grosseltern, der verschiedenen Onkels und Tanten u. dgl. in das Bereich der anamnestischen Forschung; ob alle diese Verwandte nicht irgend einmal an Geistesstörung gelitten? woran die Eltern, Grosseltern und Geschwister eines Kranken gestorben? wie viele Geschwister der Kranke besitze? der wie vielste der Kranke in der Reihe etwa vorhandener Geschwister sei? u. dgl.

Alle diese und noch andere ähnliche Fragen werden von manchen Aerzten gestellt, um die Anhaltspuncte für das Bestehen einer ererbten Disposition zu Geistesstörung bei dem zur Untersuchung überkommenen Kranken zu constatiren, ohne dass man sich irgend genauere Rechenschaft gibt, mit welchem Rechte man auf Grund solcher Angaben, selbst wenn sie im Sinne der Fragesteller bestättigend lauten, die erbliche Uebertragung ableiten könne.

Ohne hier auf die Erörterung dieses Gegenstandes näher einzugehen, beschränke ich mich bloss darauf, zu erinnern, dass die Annahme ererbter Disposition zu Geistesstörung nicht nach willkürlich construirten Gesichtspuncten stattfinden dürfe, sondern dass hiebei nur die physiologischen Thatsachen der Zeugung und der Entwicklungsgeschichte zur Grundlage dienen dürfen, mögen dieselben dermalen noch so geringe Anhaltspuncte bieten *).

So viel steht fest, dass, will man überhaupt die Vererbungs-Theorie der Krankheiten nicht ganz fallen lassen, nur der voraus angedeutete Standpunct festgehalten werden müsse, und dass anomale Zustände eines Individuums, in so ferne man sie vom Vater oder der Mutter ableiten will, nur als durch eine gewisse Beschaffenheit der embryonalen Bildungs-Elemente (Sperma — und Ei) einer — oder durch Veränderungen, die das Ei in seinen weiteren Entwicklungsstadien zum Embryo und dieser selbst bis zu seiner Austragung oder vielmehr bis zur Unterbrechung des organischen Zusammenhanges zwischen Embryo und mütterlichem Organismus, d. i. der Circulations-Unterbrechung in den Umbilicalgefässen erleidet, eingeleitet angenommen werden könne.

Unter welchen Verhältnissen diese Einflüsse stattfinden, wie und zu welcher Zeit, in so weit es die Veränderungen des Eies betrifft, ob vor dem Austritt aus dem Ovarium, respective vor der Befruchtung, ob während der Zeit bis zum Eintritt des Eies in der Uterus, ob bis zum Erscheinen des Embryo, der Bildung des animalen oder vegetativen Blattes, ob zur Zeit der Entstehung der membranae deciduae u. s. f., diess ist die Aufgabe und Richtung, die wir bei unseren diessfallsigen Forschungen festzuhalten haben. Bei der Dunkelheit, in welche die physiologischen Verhältnisse der Veränderungen des Eies und der Bildung des Embryo gehüllt sind, lässt sich wohl für die Vererbung anomaler psychischer Zustände noch nichts wirklich postitiv begründetes hinstellen.

Ich schliesse hier meine wenigen Bemerkungen über die Fragen bezüglich der Erblichkeits-Ableitung der geistigen Störungen, allerdings mit dem Bewusstsein, die von mir hier kurz skizzirten Ansichten von mancher Seite verworfen zu wissen, allein auch mit dem unerschüttertem Bewusstsein, dass nur bei Festhalten der hier angedeuteten Richtung, der physiologischen Entwicklungsvorgänge des Eies zum Embryo in ihrer Aufeinanderfolge die richtige Grundlage gewonnen werden kann, um aus dem Reiche der Hypothesen über die Vererbung der Geisteskrankheiten in's Reich des Lichtes und der Wahrheit zu gelangen.

Der Reihe nach folgt nun die Erörterung der Fragen:

Wurde das geisteskranke Individuum ohne oder mit Kunsthilfe entbunden und durch welche? Erlitt es bei seiner Geburt keine besonderen mechanischen Beschädigungen? Wie zeigte sich dessen körperliche Entwicklung zur Zeit der Geburt?

Ein Stoss, Fall, Druck auf den weichen, noch nicht geschlossenen Schädel des Kindes ist eine unzweifelhafte Ursache mancher nervösen Zufälle, Gehirnaffectionen und auch psychischer Störungen, vor Allem der sogenannten Idiotie. In so ferne der Durchgang des Kindskopfes durch die Geburtswege bei schweren Geburten, ferner bei Anwendung von Werkzeugen zur Förderung desselben, Verletzungen durch Druck, sowohl des Schädels als auch des Gehirnes veranlassen können, wirken selbe in gleicher Weise, wie die gerade vorher erwähnten Schädlichkeiten. Gehirnblutungen namentlich, wenn sie in solchem Umfange überstanden werden, wirken entweder durch Druck oder Zerstörung des Zusammenhanges. Mögen selbe nun aus was immer für Ursachen entstanden sein, so stehen sie der endlichen Wirkung nach, den voraufgezählten Ursachen gleich.

Nicht unwichtig ist es, in manchen Fällen zu eruiren, ob das Kind seiner Entwicklung nach als vollständig reifes, kräftig entwickeltes, oder aber als schwächliches, anscheinend noch unreifes ausgetragen wurde, da im letzteren Falle, falls solche Kinder überhaupt nicht rasch zu Grunde gehen, in Folge von Erschöpfung, respective Anaemie des Gehirns und der Hirnhäute, nicht so selten eine mangelhafte Entwicklung der geistigen Functionen hervortritt.

In besonderer Weise ist zu ermitteln, ob das Kind in seiner Organisation, speciell bezüglich der Form- und Grössenverhältnisse seines Kopfes nicht auffällige Abnormitäten darbot; z. B. Spaltbildungen, regelwidrige Grösse oder Kleinheit des Kopfes, hydrocephalischen Habitus — Cephalohaematom, bei welch letzterem, wie bekannt mit der äusseren Extravasation sich häufig auch ein inneres Extravasat zwischen Schädelknochen und dura mater verbindet und unter Umständen durch seine Folgezustände Anlass zu weiteren Störungen abgeben kann, die sodann die Entwicklung der geistigen Functionen im höheren oder geringeren Grade hemmen.

Nicht so unwichtig ist in manchen Fällen, namentlich bei kindlichen Idioten, zur richtigen Beurtheilung der Entwicklungs-Verhältnisse der Idiotie, die Frage: nach der Art der ersten Nahrung des Kranken im kindlichen Alter und dessen Pflege überhaupt.

Es ist eine Beobachtung, die man mehrfach zu machen Gelegenheit findet, dass im kindlichen Organismus, insbesonders durch Darreichung einer zu grossen Nahrungsmenge, Vollstopfen des Magens durch Mehlbrei, Erdäpfel u. dgl. mechanische Gehirnhyperämien veranlasst werden; auch zu reichliche, nahrhafte, animalische Kost kann zu congestiven Zufällen des Gehirns und seiner Umhüllungen Anlass geben. Andererseits veranlassen aber unzureichende Stoffzufuhr, Nah-

*) Siehe meinen Aufsatz über die ätiologische Bedeutung der Erblichkeit der Geistesstörung: Im Correspondenzblatte der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Nr. 21, 1856.

rungsmangel nicht so selten eine Hemmung in der Gehirnernährung und dadurch eine mangelhafte Entwicklung der geistigen Functionen. Eine solch' mangelhafte Entwicklung ist insbesondere eine Folge des sogenannten Hydrencephaloids, so ferne Anaemie der Gehirnhäute und des Gehirnes demselben zu Grunde liegt, sodann des chronischen Wasserkopfes aus Blutarmuth.

Die Häufigkeit des Hydrencephaloids in Städten, im Gegenhalt zu den verkümmerten Lebensbedingungen daselbst, machen nach Zillner diese Ursache der Idiotie zu einer Folge der Cultursteigerung.

Dass die Qualität und Nahrhaftigkeit der Mutter- und Ammenmilch von dem Ernährungszustande der Mutter und Amme abhängig sei, in ihrer qualitativen Beschaffenheit durch gewisse Erregungszustände des Nervensystems eigenthümliche Aenderungen erleiden könne, lässt sich a priori voraussetzen und ist durch Thatsachen mehrfach erwiesen. Dass eine an nahrhaften Bestandtheilen arme Milch bei einem Kinde einen Zustand von Erschöpfung herbeiführen könne, ist wohl selbstverständlich, allein auf solchem Wege eine erbliche Uebertragung einer Geistesstörung vom Organismus der Mutter oder Amme auf den des Kindes erklären zu wollen, erscheint durchaus als unzulässig. Die Milch einer Amme kann, wie schon erwähnt, vermöge ihrer Qualität, die immerhin in Beziehung zu gewissen Stimmungs- und Erregungszuständen des Organismus derselben stehen kann, allerdings den Process der Verdauung bei einem Kinde beeinträchtigen, die Ernährung hemmen und hierdurch indirect oder vielleicht auch durch gewisse unmittelbar auf's Nervensystem einwirkende schädliche Bestandtheile auf den Ernährungs- und Erregungszustand des kindlichen Gehirns Einfluss üben, allein auf solchem Wege die erbliche Uebertragung einer Geistesstörung abzuleiten und in diesem Sinne die Milch, als die Trägerin, als das materielle Substrat eines bei Mutter und Amme bestehenden, vom Organismus dieser auf den Organismus des Kindes erblich übertragenen abnormen psychischen Zustandes aufzufassen, diese Behauptung muss man geradezu als eine unverdiente Beschuldigung der Mutter- oder Ammenmilch bezeichnen.

In manchen Gegenden werden bei Kindern congestive Gehirnzustände und sofort selbst auch geistige Störungen dadurch veranlasst, dass man den Kindern zum sträflichen Zwecke der Beruhigung oder eigentlich der Berauschung Alcohol hältige Getränke und Opium beibringt. Ist der Missbrauch von sogenannten beruhigenden Mitteln durch Opiumtropfen und andere Narcotica in Städten häufiger, so tritt die Beruhigung der Kinder durch Branntweinberauschung und die dadurch eingeleitete Idiotie, auch anderwärts, besonders auf dem Lande und in Gebirgsländern nicht so selten auf.

Eine wichtige Rolle in der Entwicklung krankhafter psychischer Zustände, insbesondere kindlichen Schwachsinnes spielt die mangelhafte Pflege der Kinder, und es ist eine sehr beachtenswerthe Thatsache, dass durch eine schlechte, mangelhafte Pflege bei Kindern eine Reihe von Schädlichkeiten Anlass findet, die krankhafte Zustände des Nervensystems veranlassen, aus denen manche Fälle sogenannter Idiotie abzuleiten sind. Es ist daher in solchen Fällen jedenfalls auf die Erörterung der Pflege der betreffenden Kranken im kindlichen Alter näher einzugehen; durch Dr. Zillner's tüchtige Forschungen über Idiotie *) wurde z. B. in der überzeugendsten Weise dargelegt, dass in der weitaus grösseren Zahl der Fälle die Entwicklung von Idiotie aus krankhaften Zuständen des Cerebrospinalsystems abzuleiten sei, die durch zweckentsprechende Pflege der Kinder verhütet, oder durch rechtzeitige ärztliche Behandlung derselben hätten beseitiget werden können.

Hieraus ergibt sich zur Genüge die hohe Bedeutung der Pflege der Kinder in Bezug auf Nahrung, Kleidung, Wohnung, Aufenthalt u. dgl. für deren geistige Entwicklung.

Zillner hebt es besonders hervor, dass rücksichtlich der Idiotie das sogenannte endemische Moment in vielen Fällen durch das familiäre Moment, d. h. durch eine vernünftige, den Ortsverhältnissen angepasste, (aber bei weitem nicht immer orts- und landesübliche) Kinderpflege überwunden, und somit die Entstehung der Idiotie verhindert werden könnte

Nicht der Schwachsinn, der Blödsinn, die Trunksucht, die Fallsucht des Vaters oder der Mutter an und für sich möchte die Ursache des Idiotismus der Kinder genannt sein, sondern — wenigstens in vielen Fällen — die durch solche Leiden der Eltern gefährdete und verkümmerte Pflege der Kinder.

In so manchen Fällen von Idiotie wurden die sie durch ihre Folgeveränderungen einleitenden Gehirnhyperämien, einerseits durch mechanische Hindernisse bedingt, veranlasst durch zu festes Einwickeln der Kinder in Binden, oft ohne den Gebrauch der Hände zn gestatten, durch das Liegenlassen der Kinder in feuchten, dunstigen Wohnungsräumlichkeiten beim überheizten Ofen, zumal durch das erhitzende Einwickeln in Federbetten, durch das Aussetzen der Kinder mit unbedecktem Kopfe an den Sonnenbrand auf offenem Felde, oder vor den Häusern, in anderen Fällen durch das Vollstopfen und Auffüttern mit unverdaulicher Nahrung u. dgl.

Wenn Traumen der Schädelknochen und die dadurch herbeigeführte Idiotie vorzugsweise Folgen niederen Culturgrades und angestammter oder überlegter Rohheit sind, so muss die Idiotie aus meningealer Ursache zunächst als die Folge des um eine Stufe höher befindlichen Culturzustandes einer Volksmenge, in welcher Verzärtlung, Verweichlichung, unverständige Kindesliebe das andere Extrem darstellen, angesehen werden, da übermässiges Warmhalten und Einwickeln der Kinder, Darreichung grösserer Nahrungsmengen auf solcher Culturstufe sehr häufig im Gebrauche sind. Jeder Kinderarzt, der weiss, wie häufig meningitische Processe vorzüglich bei verweichlichten Kindern vorkommen, wird diess bestättigen.

An die zuletzt erwähnte Frage über die Pflege im kindlichen Alter, reiht sich ganz naturgemäss die Erhebung jener Krankheiten, welche ein Geisteskranker in seinem kindlichen Alter überstand, wie bei demselben die Denbitionsperiode vorübergegangen, und sich die körperliche und geistige Entwicklung desselben dargestellt hat.

Was zuerst die überstandenen Kinderkrankheiten betrifft, so ist hiebei vorzüglich auf jene Processe zu achten, die gewöhnlich unter sogenannten Hirnerscheinungen einhergehen. Es wird von mancher Seite den in der Kindheit überstandenen Krankheiten auf die Entwicklung der im späteren Alter auftretenden Geistesstörungen eine sehr hohe Bedeutung beigelegt.

Wie schon früher angedeutet, kann nur dann einem vorausgegangenem Krankheitsprocesse eine ätiologische Bedeutung für die Entwicklung einer Geistesstörung beigelegt werden, wenn durch denselben solche krankhafte organische Veränderungen herbeigeführt wurden, die unmittelbar oder in ihrer organischen Fortentwicklung durch ihre Rückwirkung auf das

---

*) Siehe dessen Werk über Idiotie mit besonderer Rücksicht auf das Stadtgebiet Salzburg.

Nervensystem eine Störung der geistigen Functionen bedingten, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass sich ein ununterbrochener, organisch begründeter Zusammenhang zwischen der früheren Krankheit und der späterhin vortretenden Geistesstörung durch bestimmte charakteristische Zeichen kundgibt, oder aber auch ohne solche, wenn die der Geistesstörung zu Grunde liegenden pathologischen Veränderungen solcher Art befunden werden, dass man selbe auf Grund pathologisch-anatomischer und exacter klinischer Forschung und Erfahrung als Folgezustände der früher bestandenen Krankheit ansehen kann.

An dieser Anschauungsweise festhaltend, muss ich gestehen, dass ich der bis jetzt noch sehr verbreiteten Ansicht über die Tragweite der Kinderkrankheiten für die Entwicklung der erst in späteren Lebensjahren auftretenden Geistesstörungen nicht beipflichten kann, und die Zulässigkeit der Annahme ätiologischer Bedeutung für eine im kindlichen Alter überstandene Krankheit nur dann anzunehmen mich für berechtiget glaube, wenn durch selbe bestimmt nachweisbare, die Gehirnentwicklung hemmende Veränderungen zurückblieben, oder die in dieser Altersperiode etwa schon vorhanden gewesenen Aeusserungen des geistigen Lebens seit dieser Krankheit bestimmt nachweisbare Alienationen darboten.

Nach meiner Erfahrung reduciren sich die Fälle, in denen überstandenen Kinderkrankheiten für die Entwicklung einer bestehenden Geistesstörung eine ätiologische Bedeutung zugeschrieben werden kann, zum grössten Theile nur auf Fälle sogenannten kindlichen Blödsinnes, Fälle von Idiotie und auf Fälle von Geistesstörung in Folge von Epilepsie.

Wenn nebst der sogenannten Erblichkeit der Geistesstörung noch mit irgend ätiologischen Momenten der Geisteskrankheiten viel Humbug getrieben worden ist und noch getrieben wird, so sind diessfalls die sogenannten Fraisen der Kinder und die Hydrokephalie derselben zu nennen.

Abgesehen davon, dass man sich in vielen Fällen gar nicht einmal die Mühe nimmt, zu forschen, welche Krankheitsprocesse die sogenannten Fraisen veranlassten, noch viel weniger, ob dieselben und welche Störungen in der körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes bedingten, werden diese Zufälle von manchen Forschern sammt und sonders der Hydrokephalie zugeschrieben, und um dieser Theorie eine anscheinend pathologisch-anatomische Grundlage zu vindiciren, wurde der Begriff »hydrokephalische Kopfformation« in merkwürdiger Willkür missbraucht.

Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, solchen unbegründeten Annahmen in eingehender Weise entgegen zu treten, sondern ich beschränke mich darauf, hier vorerst meine festgehaltene Ansicht zu begründen, über die Beziehungen der durch manche Kinderkranheiten eingeleiteten krankhaften Hirnzustände und der sogenannten Idiotie, und werde hieran nur wenige Bemerkungen über die ätiologische Bedeutung der Eklampsie der Kinder für die Entwicklung geistiger Störungen beifügen.

Alle Zustände, welche entweder in einer Verminderung der Gehirnsubstanz ihr wesentliches Merkmal besitzen, oder deren endliche Entwicklung dahin gedeiht, das Gehirn zu verdrängen, dessen Volumen zu schmälern, mögen nun die verdrängenden Körper die Knochen, die Flüssigkeiten oder aber das Zellgewebe des Gehirnes selbst sein, und mag der Druck von aussen her, von den Höhlen heraus, oder von der Dichte des Parenchyms auf die Nervenröhren und Gehirnmasse selbst stattfinden, führen erfahrungsgemäss, wenn der Umfang dieser krankhaften Vorgänge hinlänglich gross ist, und das Marklager und die Windungen des Grosshirns betrifft, bei Kindern Idiotie herbei.

Die Anomalien der Hirnhäute, welche bei der Entstehung der Idiotie in Betracht kommen, können, da sie in Wirklichkeit selten allein die bedingende Ursache abgeben, nur theoretisch von den soeben angedeuteten Gehirnanomalien geschieden werden. Ihr anatomischer und klinischer Zusammenhang mit den angedeutenden Gehirnerkrankungen ergibt sich aus dem daselbst Erwähnten.

Die Vergesellshaftung der Apoplexie der Arachnoidea mit Gehirnödem, Meningitis, Enkephalitis, mit seröser Infiltration der Pia, mit Lungenhyperämie, Pneumonie, Katarrh und Lungenödem (auch beim Keuchhusten), mit Pleuritis, Pericarditis u. dgl. wirft ein nicht uninteressantes Licht auf die Beziehungen der Idiotie zu den hier erwähnten Erkrankungen des kindlichen Organismus.

Hyperämien der Arachnoidea und des Gehirns bilden die Vorläufer und Begleiter der Meningealextravasate und sind im langen Verlaufe die wahrscheinliche Ursache der Hirnhypertrophie.

Die bei manchen Kindern sogenannten protrahirten Zahndurchbrüche mit auftretenden Hirnerscheinungen dürften wahrscheinlich auf hyperämische Hirnzustände zurückzuführen sein. —

Eine Wichtigkeit in ätiologischer Hinsicht besitzt jedenfalls der acute Hydrokephalus, insbesondere in seinem Uebergange zum chronischen Verlauf, wie selber zuweilen nach Masern und Scharlach vorkommt, oder auch bei rhachitischer Anlage, chronischen Bronchialkatarrhen, Keuchhusten und mangelhafter Involution der Thymus.

Der primäre chronische, wie auch der secundäre chronische Wasserkopf, und zwar sowohl als angeborene, wie als erworbene Abnormität, hemmen die Entwicklung der psychischen Thätigkeit in der grösseren Mehrzahl der Fälle. Die Beziehungen der Hydrokephalie und der in ihrem Gefolge auftretenden Hirnatrophie zum Blödsinne sind sehr innige, häufige und bekannte.

Der primäre chronische Hydrokephalus entsteht nach Zillner namentlich nicht selten in Folge wiederholter und andauernder Hyperämien bei öfteren Berauschungen, um die Kinder zur Ruhe zu bringen. Der secundäre entwickelt sich im Gefolge verschiedener Gehirnkrankheiten, im Verlaufe chronischer Lungenkrankheiten u. dgl.

Die Häufigkeit neuer Hyperämien, Ausschwitzungen und seröser Ansammlungen beim Hydrokephalus ist bekannt und die Ursache des meist schnellen Verlaufes solcher Idiotien. Hydrokephalische Idiotien erreichen nach Zillner selten mehr als das 20. Lebensjahr.

Hypertrophie des interstitiellen Zellgewebes der Hirnmasse, der Neroglia oder des Nervenkittes (Virchow), Hirnhypertrophie (Rokitansky) ist im Kindesalter nicht so selten an mangelhafte Involution der Thymusdrüse, vorwaltende Entwicklung der Lymphdrüsen, an Erweiterung des Schädelraumes nach Art des Hydrokephalus, an Rhachitismus und Muskelschwäche geknüpft (Zillner). In klinischer Rücksicht erscheint die Hirnhypertrophie auch unter der Form des Hydrokephaloids. Sie bedingt, mag sie in der Jugend oder im späteren Alter auftreten, Verblödung, und führt zur vollständigen Idiotie (Andral) und es ist, wie Zillner ganz gut bemerkt, in vielfacher Richtung aufklärend, zu wissen, dass auch der paralytische Blödsinn an eine Vermehrung der Bindegewebssubstanz des Cerebrospinalsystems, somit an dieselbe blastematische Grundlage eines parenchymätösen Exsu-

dates geknüpft erscheint. In Rücksicht der sogenannten Eklampsie (Fraisen) der Kinder und der Bedeutung derselben für die Entwicklung von Geistesstörungen, habe ich nur zu wiederholen, dass der Einfluss derselben in vielen Fällen von in späterer Lebenszeit auftretender Geistesstörungen angenommen wird, eine Annahme, die sich nach meiner Anschauungsweise und Erfahrung nicht rechtfertigen lässt.

Abgesehen davon, dass die Prämissen zur Annahme der ätiologischen Bedeutung der Eklampsie nicht durch Autopsie, sondern nur durch Hörensagen gewonnen werden, die Angaben, dass Eklampsie im kindlichen Alter stattgefunden habe, in sehr vielen Fällen nur auf sehr zweifelhaften Mittheilungen höchst unzuverlässiger Personen beruhen, die alles Mögliche unter dem Begriffe »Fraisen« zusammenfassen, ist auch zu berücksichtigen, dass die Aerzte selbst unter dem Namen Eklampsie sehr verschiedene convulsivische Zustände zusammenwerfen, deren gemeinschaftlicher Charakter in tonischen und klonischen Krämpfen, zuweilen mit, gewöhnlich aber ohne Bewusstsein besteht, deren pathogenetische Begründung als eine sehr verschiedene, in vielen Fällen ganz unbekannte erscheint.

Die primitive Eklampsie ist allerdings besonders häufig im 1. und 2. Jahre, sie ist nicht selten ein symptomatisches Uebel, so bei verschiedenen Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten, bei anämischen Zuständen. Zu hohe Temperatur, besonders die Sommerhitze, heftiger andauernder Schmerz, Erkältung werden als anlässliche Momente von manchen Forschern hervorgehoben. Zahnreiz, Keuchhusten, Pneumonie, beginnende Eruptivkrankheiten, Verdauungsstörungen, Wurmreiz findet man häufig als Ursachen der Eklampsie angeführt. Bedeutende Schwäche und Anämie werden als prädisponirende Momente hervorgehoben.

Was das Verhältniss zu Hirnhyperämie betrifft, so lässt sich oft gar nicht entscheiden, ob eine solche bestehe; und wo diess der Fall, ob sie Ursache oder Wirkung sei. — In Berücksichtigung der hier angedeuteten Verhältnisse und des Umstandes, dass eklamptische Zufälle in sehr vielen Fällen ganz ohne nachtheilige Folgen vorübergehen, lässt sich nach meinem Dafürhalten denselben nur in jenen Fällen eine ätiologische Bedeutung in Bezug auf eine späterhin auftretende Geistesstörung zuschreiben, wenn nach den eklamptischen Anfällen bestimmt wahrnehmbare Störungen der Geistesfunctionen, oder wenigstens Störungen im Bereiche der Sinnes- und Bewegungsfunctionen hervortraten.

Was die Erörterung der körperlichen und geistigen Entwicklung des Kranken im kindlichen Alter betrifft, so beziehen sich die hieher gehörigen Fragen nebst jenen, die in Betreff der überstandenen Kinderkrankheiten gestellt werden, vor Allem auf die Ermittlung über die Zeit des ersten Hervortretens jener Bewegungsacte, die auf den Bestand subjectiver und psychischer Vorgänge schliessen lassen, ob sich diessfalls auffällige Anomalien kundgaben.

Man erkundigt sich unter Umständen, wann und ob der Kranke leicht gehen und sprechen gelernt, ob er durch seine Bewegungsacte kund gab, dass er geistige Auffassung besitze, ob sich durch sein Benehmen eine bestimmte Gemüthsart vorwaltend zeigte, ob diessfalls auffällige Eigenthümlichkeiten beobachtet wurden z. B. eine Heftigkeit, Widerspenstigkeit, Bösartigkeit, oder mehr eine Apathie u. dgl.

Man verfolge nun die successive geistige Entwicklung des Individuums, mit Hinblick auf seine intellectuelle und sogenannte moralische Ausbildung durch Unterricht und Erziehung, bis zur Zeit der beginnenden Pubertät, erforsche, wie sich im Knaben- oder Mädchenalter das geistige Leben beurkundete, ob die Kranken gelehrig, schnell fassend, von gutem Gedächtniss oder unaufmerksam, vergesslich und stumpf sich zeigten, ob sie einen Drang für höhere geistige Ausbildung, künstlerische und mechanische Fertigkeiten äusserten, ob nicht durch zu frühzeitige und andauernde intellectuelle Anstrengung die gesunde körperliche Entwicklung gehemmt und der Keim späterer Krankheit und Schwächlichkeit gelegt worden sei, ob nicht manche bei dem Kranken vortretende Bizarrerien durch den Einfluss der Erziehung und Imitation anerzogen wurden.

Selbstverständlich müssen auch die bis zur Zeit der beginnenden Pubertät vorgekommenen, körperlichen Erkrankungen und äusseren Schädlichkeiten z. B. Einfluss grosser Hitze, Gehirnerschütterungen, Kopfverletzungen u. dgl. eine Berücksichtigung finden.

Die nächsten Fragen betreffen das Leben der Kranken vom Beginne der eintretenden Pubertät bis zu den Jahren der körperlichen Reife im Mannesalter, sowohl in Bezug auf etwaige überstandene körperliche Krankheiten mit ihren Folgezuständen und ihren Rückwirkungen auf das geistige Leben des betreffenden Kranken, wie auf seine geistige Entwicklung, seine Familien- und gesellschaftlichen Beziehungen, seine Lebensschicksale u. s. f.

Eine besondere Beachtung verdienen die Rückwirkungen des Eintrittes der Pubertät, des beginnenden Geschlechtslebens auf das körperliche und geistige Befinden des Kranken.

Es kommen hier vorerst alle die verschiedenen Vorgänge in Betracht, die wir als organische Geschlechtsfunctionen aufzufassen haben. in ihren normalen und abnormen Aeusserungsweisen, sodann aber auch alle jene krankhaften Zustände, die einerseits, insbesondere beim weiblichen Geschlechte dem Eintritte der Pubertät vorangehen, andererseits auf anomale Vorgänge des Geschlechtslebens zurückzuführen sind, oder mit demselben in causalen Beziehungen stehen.

Die ganze Reihe der hier zu stellenden Fragen erfordert bei jugendlichen und vor Allem weiblichen Individuen eine umsichtsvolle, für die Kranken möglichst zarte und schonende Behandlung.

Bei männlichen Kranken handelt es sich im Allgemeinen um die Erörterung der Zeit des Auftretens der ersten Samenergiessungen, ob Befriedigung des Geschlechtstriebes durch Onanie stattgefunden, wie lange und in welchem Masse?

Ob der Geschlechtstrieb auch seine naturgemässe Befriedigung gefunden, ob massvoll oder im Uebermasse, oder aber in gänzlicher Nichtbefriedigung? Die allfälligen Rückwirkungen der naturgemässen und naturwidrigen oder Nichtbefriedigung des Geschlechtstriebes auf das körperliche und psychische Befinden? z. B. körperliche Erschöpfung, unfreiwillige Samenentleerungen, gesteigerte Geschlechtslust mit anhaltenden oder häufigen Erectionen einer-, Impotenz andererseits, nervöse Zufälle, Hyper- und Anästhesieen der verschiedenen Nerven, insbesondere im Bereiche der Sinnesnerven, verschiedene abnorme organische Sensationen, Störung der Ernährung, der Verdauung, der Kreislaufs- und der Herzaction, des Schlafes, der motorischen Innervation u. s. f.; in psychischer Hinsicht, vortretender Hang

zu hypochondrischer, melancholischer Verstimmung, Unstättheit, unmotivirter Launenwechsel, gesteigerte Reizbarkeit, Apathie und Willenslosigkeit, Aengstlichkeit, Lebensüberdruss, Hang zur Einsamkeit, Mysanthropie, Abneigung gegen das andere Geschlecht, vorwaltend erotische Gedankenrichtung, Schwärmerei — sogenannte Gedankenlosigkeit, Incoheränz der Ideen, Gedächtnissschwäche u. s. w.

Beim weiblichen Geschlechte handelt es sich vor Allem um die Erörterung der Zeit des ersten Eintrittes, des Wiederkehrens, kürzeren oder längeren Ausbleibens der Menstruen, der Dauer der Menstruation, der Beschaffenheit derselben in Bezug auf Begleitungserscheinungen, abgehende Blutmenge, nervöse Zufälle u. s. w.

Wie im Allgemeinen der Menstrualprocess für den gesunden und kranken weiblichen Organismus von hoher Bedeutung erscheint, so nimmt derselbe auch unter den ätiologischen Momenten der psychischen Störungen beim weiblichen Geschlechte eine der vorragendsten Stellen ein, und zwar nicht bloss der physiologische Process der Menstruation als solcher, sondern auch manche Art seiner Störung.

Um nun aber die Bedeutung des Menstrualprocesses und seiner Störungen für die Entwicklung und den Verlauf der psychischen Anomalien gehörig zu würdigen, hat man vor Allem die diesen Vorgang characterisirenden, physiologischen Erscheinungen im Auge zu behalten, da dieselben auch für den Menstruationsprocess geisteskranker Frauen Beachtung verdienen und gleiche Geltung haben.

Besondere Beachtung fordern aber die als Menstruationsfehler bezeichneten Anomalien des Katamenialprocesses, die, wie überhaupt auf die Entwicklung und den Verlauf gewisser Krankheitsprocesse, so auch unter Umständen auf die Entwicklung und den Verlauf psychischer Störungen influiren und sich als nachstehende Formen der Menstruationsstörung gruppiren:

1. Als ein zu geringes Hervortreten der Menstrualfunction, wobei der Monatsfluss entweder vollends mangelt oder nur unvollständig erscheint, und der gänzliche Mangel entweder als primitiver hervortritt, wo das Individuum noch nie vorher menstruirt war (Menstruatio retardata) oder als consecutiver, wo in Folge vorhergegangener Schädlichkeiten die früher vorhanden gewesene Menstruation nicht mehr erscheint.

Diess findet naturgemäss, allerdings wohl nur vorübergehend, während der Schwangerschaft, statt; hieher gehört auch noch die während des Fliessens gewaltsam unterdrückte Menstruation (M. suppressa), so wie weiterhin das Zustandekommen der Menstruation auf ungewöhnlichem Wege (M. devia oder Menoplania).

An den gänzlichen Mangel der Menstruation reihen sich diejenigen krankhaften Zustände derselben an, wo sie zum Vorschein kömmt, aber in mehrfacher Rücksicht hinter den Forderungen des gesunden Organismus zurückbleibt, wo sie also unvollkommen, unvollständig genannt werden muss. Sie ist nämlich bezüglich der Quantität zu sparsam (M. pauca), hinsichtlich der Qualität wässerig, schleimig (M. serosa, mucosa) in Ansehung der Periodicität erscheint sie zu selten (M. rara), oder dauert zu kurze Zeit (M. brevis), oder endlich ist sie von mancherlei Beschwerden begleitet (M. difficilis s. Dysmenorrhoea).

Die zweite Gruppe der Menstruationsfehler umfasst jene Abweichungen vom normalen physiologischen Vorgange, die sich durch zu starkes Hervortreten des Menstrualflusses charakterisiren.

Man darf wohl nur dann von einem Uebermasse des Menstrualflusses sprechen, wenn er zum Nachtheile des Allgemeinbefindes das Mass übersteigt, oder mit anderen krankhaften Erscheinungen auftritt. Es ist allerdings immer sehr schwer, manchmal sogar unmöglich, die Grenzen zu bestimmen, wo die Menstruation aufhört, als physiologische Function zu gelten, und wo sie zur pathologischen Secretion, zur krankhaften Hämorrhagie wird, da die Quantität des abgehenden Blutes allein natürlich keinen Massstab der Beurtheilung abgibt.

Ein Uebermasss des Monatsflusses (M. nimia) charakterisirt sich in verschiedener Weise; er kann nämlich zu reichlich, profus sein (M. copiosa), wenn die Menge des abfliessenden Blutes das gewöhnliche, dem betreffenden Individuum zuträgliche Mass übersteigt, oder kann jedesmal zu lange dauern, (M. diuturna), oder zu oft wiederkehren (M. frequens), ferner tritt er zuweilen zu zeitig ein, wenn er in einem Alter erfolgt, wo die Evolution gewöhnlich noch nicht vollendet ist.

Uebrigens ist immer im Auge zu behalten, dass alle die hier angeführten Menstrualanomalien sehr häufig bloss als Folgezustände, theils örtlicher, theils allgemeiner Krankheitszustände anzufassen sind.

Was nun den Einfluss der Menstruationsfehler auf die Entwicklung, den Charakter und Verlauf der psychischen Störungen anbelangt, so finde ich mich, meinen Beobachtungen zu Folge, zur Annahme berechtiget, dass manche der Menstruations-Anomalien unter Umständen veranlassende Momente der psychischen Störungen abgeben.

Was vorerst die sogenannte primitive Menostasie oder retardirte Menstruation anbelangt, so ist im Allgemeinen die Bestimmung, ob eine retardirte Menstruation vorhanden sei oder nicht, wohl schwierig, und es muss hier stets die Berücksichtigung des allgemeinen Kräftezustandes und die Beziehung, in welcher das Sexualsystem zum ganzen Organismus steht, dem Urtheile zu Grunde gelegt werden.

Es sind mir mehrere Fälle vorgekommen, wie ich diess schon in meinem Aufsatze: »Die Bedeutung des Menstrualprocesses und seiner Anomalien für die Entwicklung und den Verlauf der psychischen Störungen« darlegte *), in welchen ich den Zustand der primitiven Menostasie als Einfluss nehmend auf die Entwicklung der vorhandenen psychischen Störung annehmen zu dürfen glaube, in so ferne die Kranken bereits auf solcher Stufe organischer Entwicklung standen, dass das Nichtvortreten des Menstrualprocesses als abnorm aufzufassen kam, und weiterhin nach dem Eintritt und der Regelung des Menstrualprocesses jene krankhaften Hirnzustände sich ausglichen, die als pathogenetische Begründung der vortretenden psychischen Anomalien aufzufassen kamen.

Der Menstruation, als dem Ausdruck der eintretenden Mannbarkeit beim Weibe, wird in forensischer Hinsicht eine besondere Bedeutung unterlegt, und namentlich wird der sogenannte Brandstiftungstrieb, einestheils mit der verzögerten Geschlechtsfunction, andererseits mit den verschiedenen Anomalien der Menstruen in Verbindung gebracht.

Es lässt sich wohl nicht in Abrede stellen, dass unter dem Einflusse des beginnenden Geschlechtslebens mancherlei Umstimmungen des Nervensystems herbeigeführt werden,

*) Siehe Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie von Damerow etc. 15. B., 4 und 5. Heft, 1858.

dass insbesondere der in der beginnenden Pubertätsperiode auftretende Zustand der Chlorose mit manchen Verstimmungen und abnormen Sensationen in causaler Beziehung steht; zur Annahme irgend einer speciellen Beziehung des retardirten Erwachens des Geschlechtslebens und speciell der Menstruation mit dem sogenannten Brandstiftungstriebe finde ich mich auf Grund meiner bisherigen Beobachtungen nicht berechtiget.

Von den Menstruations-Anomalien, welche bei geisteskranken Frauen, meinen Beobachtungen zu Folge, am häufigsten vorkommen, waren es vor Allem die langsam sich entwickelnden Menostasien, wobei jedoch in Rücksicht zu nehmen ist, dass nur in den wenigsten Fällen ein directer Einfluss der Menostasie auf die Entwicklung der psychischen Störung sich äusserte; in der Mehrzahl der Fälle stand die consecutive Menostasie in keiner ursächlichen Beziehung zur Entwicklung der geistigen Störung. Ein solcher Einfluss zeigte sich durchgehends nur in Fällen von Melancholie.

Die consecutiven Menostasien spielten in mehreren Fällen eine nicht unerhebliche Rolle: bei der Entwicklung und Unterhaltung des sogenannten Schwangerschaftswahns, in so ferne die nach der Menostasie aufgetretenen abnormen Sensationen im Gebiete der Uterinnerven illusorisch von den Kranken für, durch Embryonalbewegungen angeregte Empfindungen gedeutet wurden.

Die wichtigste ätiologische Bedeutung hat unter den Menstrualanomalien für den Irrenarzt die während des Fliessens rasch und gewaltsam unterdrückte Menstruation, in Folge der hiedurch hervorgerufenen krankhaften Hirnzustände.

Als Gelegenheitsursachen des unterdrückten Menstrualflusses ergaben sich einerseits plötzlich erregende Affecte, z. B. Schreck, Zorn, Angst, andererseits Verkühlung.

Unter allen Verhältnissen soll der Arzt bei Behandlung geisteskranker weiblicher Personen nicht unterlassen, in eingehender Weise die näheren Verhältnisse der Menstrualfunction nach verschiedenen Richtungen zu erheben, und deren Rückwirkung auf das psychische Leben in's Auge zu fassen.

Auch bei weiblichen Geisteskranken hat der Arzt zu erforschen, ob Befriedigung des Geschlechtstriebes durch Onanie stattgefunden, wie lange und in welchem Masse? Ob der Geschlechtstrieb auch seine naturgemässe Befriedigung gefunden, ob massvoll oder im Uebermasse oder aber vollständige geschlechtliche Abstinenz? Die allfälligen Rückwirkungen auf das körperliche und geistige Befinden? In ähnlicher Weise, wie diess schon früher bei Erhebung der Anamnese bei männlichen Kranken angedeutet worden ist.

Alle, auf das Geschlechtsleben Bezug habenden Fragen sind besonders bei weiblichen Individuen mitunter sehr schwer anzubringen, noch seltener erhält man hierüber genügenden Aufschluss. Man muss auch bezüglich der auf diesen Punct Bezug habenden Fragestellung gegenüber der Umgebung und den Angehörigen der Kranken sehr vorsichtig und tactvoll vorgehen.

Nach Erörterung der auf die Entwicklung des Geschlechtslebens Bezug habenden Verhältnisse ergibt sich als nächste Frage die: nach den allenfalls nach der Pubertäts-Entwicklung aufgetretenen körperlichen Krankheiten und deren Rückwirkungen auf das geistige Befinden. Es wurde schon wiederholt hervorgehoben, dass der Arzt hiebei vor Allem zu ermitteln habe, ob die aufgetretene Krankheit merkbare Veränderungen im Geistes- und Gemüthszustande des betreffenden Kranken herbeigeführt hat und wie sich dieselben charakterisirten. Er wird hiebei vorzüglich alle bei Geisteskrankheiten häufiger vorkommenden Prodromalerscheinungen in's Auge fassen.

Von den diessfalls zu beachtenden Krankheitsprocessen sind vor Allem zu nennen alle acuten Gehirnkrankheiten, der Hirnhäute sowohl, wie des Gehirnes selbst, vor Allem Meningitis — weiters die Erkrankungen des Rückenmarks — die Neurosen, spastische und convulsivische Neurosen, Chorea, Epilepsie, Katalepsie, von Empfindungsneurosen: Hemicranie, Schwindel, Hypochondrie, Hysterie u. dgl.

Von Allgemein-Krankheiten — und zwar Infectionskrankheiten — intermittirende Malariafiebor, Typhus, Cholera, secundäre Syphilis.

Von Intoxicationen, Vergiftungen durch vegetabilische Gifte, das Pellagra oder Maismus, Vergiftung und abnormer Stoffwechsel in Folge Missbrauchs von Alcohol; die Vergiftungen durch Pflanzen-Alcaloide, insbesondere durch Narkotica, die Vergiftung durch Kohlensäure und von der Kohle zu derivirende Gase, durch metallische Gifte, z. B. durch Blei.

Von localisirten Krankheiten die verschiedentlichen Krankheiten des Herzens und seiner Häute, die Krankheiten der Gefässe und des Blutes, Atherom der Arterien, Hämorrhoidalkrankheit; von Krankheiten des Blutes, der Zustand von Polycythämie (Plethora), Anaemie, Chlorose; weiters die verschiedentlichen Erkrankungen der Respirationsorgane mit ihren Folgezuständen, Pneumonie, Pleuritis etc.; die vorragenderen Erkrankungen der Verdauungs-, Harn- und Geschlechtsorgane, bei weiblichen Individuen insbesondere die etwa überstandenen Puerperalerkrankungen und Krankheiten der Ovarien.

Von den Krankheiten der Bewegungsorgane Rheumatismus, Gicht, Rhachitis, Osteomalacie, von Krankheiten der Haut Erysipelas, Ekzeme, Anthrax, Störungen der Schweisssecretion u. dgl.

Nach Ermittlung der hier angedeuteten Verhältnisse erscheint es am geeignetsten, in geordneter Zeitfolge eine Uebersicht der hervorragenderen Lebensereignisse des Individuums zu geben, die dem Kranken in der Lebensperiode nach Entwicklung der Pubertät bis zum gereiften Mannesalter zugestossen sind.

Die Reihe der hieher gehörigen Momente ist eine ziemlich zahlreiche und es wäre schwierig, möglichst erschöpfend jene Lebensereignisse aufzuführen, die unter Umständen zu nervösen Verstimmungen und in ihren weiteren Rückwirkungen auf das Nervensystem, zu psychischen Störungen Anlass bieten könnten.

Ich beschränke mich daher bloss darauf, einzelne der wichtigsten Momente, die relativ häufiger Einfluss zu nehmen scheinen, hier anzudeuten.

Alle die hier anzuführenden Momente können selbstverständlich nur in so ferne die Bedeutung ätiologischer Momente einer bestehenden Geistesstörung besitzen, als sie, sei es durch directe Erregung des Nervensystems oder durch Einleitung von Circulations- und Ernährungsstörungen des Gehirnes, eine abnorme Aeusserung der psychischen Functionsacte bedingen.

Bei männlichen Kranken kommt diessfalls vor Allem der erwählte Beruf mit all' den verschiedenen Schädlichkeiten zu berücksichtigen, denen der Organismus, insbesondere das Nervensystem, durch übermässige körperliche oder geistige Anstrengung für Heranbildung, oder aber in der Berufsthätigkeit selbst vielfach ausgesetzt ist. Den Ausgangspunct zu einer Reihe von Verstimmungen bildet nicht

so selten die verfehlte Wahl des Berufes. In anderen Fällen findet die Entwicklung einer Geistesstörung eine Begünstigung durch gewisse Beschäftigungsweisen, welche verschiedentliche organische Störungen herbeiführen, die in weiterer Folge Geistesstörungen veranlassen, so z. B. alle jene Beschäftigungen, bei welchen der Körper einer intensiven Hitze durch längere Zeit ausgesetzt ist (Feuerarbeiter), Beschäftigungsweisen, bei welchen öfters, wenngleich leichtere Gehirnerschütterungen durch Luftdruck stattfinden, z. B. Artilleriesoldaten, Arbeiter in Hammerwerken und Schmieden u. dgl. Beschäftigungsweisen mit andauernd die Unterleibsorgane durch Druck belästigender Körperstellung.

Bei einer grossen Reihe von Beschäftigungsweisen sind die betreffenden Individuen auch sehr häufig Kopfverletzungen mit oder ohne Gehirnerschütterung höheren Grades ausgesetzt, z. B. Soldaten, Maurer, Zimmerleute, Maschinenarbeiter etc.

Bei der erwiesenen Einflussnahme vorausgegangener Schädelverletzungen und Gehirnerschütterungen auf die Entwicklung geistiger Störungen, ist es daher sehr rathsam, auch darnach zu forschen, ob nicht irgend welche solche Schädlichkeiten voraus stattgefunden haben. — Die Ermittlung vorausgegangener Gehirnerschütterung ist für den Irrenarzt, besonders in Rücksicht der Prognose von Interesse, da wenigstens nach meiner Erfahrung die in Folge von Gehirnerschütterung auftretenden psychischen Störungen in der Mehrzahl der Fälle, sei es in Bezug auf die Dauer des Bestehens, wie auf den Ausgang der Krankheit keine günstige Prognose gestatten *).

Es ist selbstverständlich, dass nicht jeder im Leben vorausgegangenen Gehirnerschütterung ein Einfluss auf eine späterhin aufgetretene Geistesstörung zugeschrieben werden kann, und dass man bei der Annahme dieses Einflusses kritisch vorgehen müsse.

Es liegt in der Natur der Verhältnisse, dass das männliche Geschlecht in seiner Berufsthätigkeit viel häufiger Gehirn-Erschütterungen ausgesetzt ist, als das weibliche Geschlecht.

Nach meiner Erfahrung war die Gehirnerschütterung entweder bedingt durch Stoss, Schlag oder Hieb, durch Auffallen einer Last auf den Kopf aus einer Höhe oder im Wurf, durch Sturz, durch Luftdruck in Folge elektrischer Entladung beim Einschlagen des Blitzes, durch Lufterschütterung bei Pulverexplosion oder Entzündung der sogenannten schlagenden Wetter in Bergwerken.

Man hat nun zu erforschen, ob in einem gegebenen Falle durch das Trauma Verletzungen der Weichtheile oder Knochen des Schädels herbeigeführt worden sind; seien es einfache Quetschungen der Weichtheile, oder Hieb-, Stich- und Schusswunden. Man suche, ob sich am Schädel Narben oder Substanzenverluste vorfinden.

Eine nähere Erörterung scheint daher nöthig, bezüglich der Stellen des Schädels, auf welche die äussere Gewalt einwirkte und rücksichtlich der unmittelbar der traumatischen Einwirkung folgenden cerebralen Functionsstörungen, ob nämlich vollständige Unterbrechung der psychischen Vorgänge, d. i. vollständige Bewusstlosigkeit, oder blosse Unbesinnlichkeit, Ideenverwirrung, oder aber bloss irgend welcher Kopfschmerz, Störungen der Sinnesfunctionen ohne Alteration der psychischen Thätigkeiten gefolgt sind.

Als Erscheinungen, welche zu der Annahme berechtigen, dass die Entwicklung der bestehenden geistigen Störung in Abhängigkeit von einer vorausgegangenen Gehirnerschütterung stehe, kann ich auf Grund meiner Erfahrungen Nachstehend anführen:

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle äusserte sich dieser Einfluss durch die Symptome gesteigerter Hirnerregbarkeit, die sich in der somatischen Sphäre durch die Erscheinungen mehr minder hochgradiger Hirncongestionen charakterisirte, die ununterbrochen oder nur mit kurzen Unterbrechungen die ganze Zeit hindurch anhielten. In allen dererartigen Fällen äusserte sich diese erhöhte Erregbarkeit insbesondere gegenüber gewissen Einflüssen, gegen die sich in früherer Zeit das Hirnleben des Individuums mehr weniger indifferent verhielt, dagegen nunmehr in prägnantester Weise reagirte, wie sich diess namentlich bezüglich des Einflusses von alkoholischen Flüssigkeiten äusserte, indem auf relativ ganz geringe Quantitäten derselben die Erscheinungen heftiger Hirncongestion und weiterer Hirnaufregung folgten. In gleicher Weise machte sich diess in mehreren Fällen bezüglich gewisser Gemüthsaufregungen bemerkbar.

Die Hartnäkigkeit der Hirncongestionen, die beinahe durchgehends Zufälle heftigen Schwindels herbeiführten, trat in manchen Fällen in solcher Weise hervor, dass dieselben selbst bei ganz entsprechendem Regime und consequent gegen sie eingeleiteter Behandlung nur vorübergehend beschwichtigt werden konnten, um so begreiflicher, dass sie in jenen Fällen um so intensiver in den Vordergrund traten, wo bei wenig sorgsamen Verhalten das reizbare Hirn mannigfachen Erregungen ausgesetzt war.

In den Hirncongestionen (Hyperämien) fanden in den von mir beobachteten Fällen die verschiedenen weiterhin hervortretenden cerebralen Functionsstörungen ihre materielle Begründung, die einerseits die fortschreitenden organischen Veränderungen und anderseits zuletzt den Ausbruch der psychischen Störung charackterisirten.

In der Mehrzahl der von mir beobachteten Fälle traten neben den Erscheinungen gesteigerter, centraler Erregbarkeit gleichzeitig auch die Erscheinungen von Functionsstörung in der peripherischen Sphäre des Nervensystems hervor, insbesondere im Gebiete der höheren Sinnesnerven, Opticus Akusticus, Olfactorius, die wohl auch theilweise in abhängiger Beziehung von den abnormen centralen Zuständen standen.

In dieser Hinsicht machten sich in einer ziemlich grossen Anzahl von Fällen besonders die Hyperaesthesien des Auges bemerkbar, insbesondere in mehreren Fällen nach Sturz auf's Hinterhaupt. Diese Anomalie charakterisirte sich vorwaltend durch das Auftreten subjectiver Licht- und Farbenerscheinungen, in mehreren Fällen gleichzeitig noch durch die Erscheinungen ziemlich heftiger Photophobie.

Die subjectiven Gesichtserscheinungen charakterisirten sich in der Mehrzahl der Fälle als die sogenannten Druck- oder Congestions-Figuren, ringförmig strahlige Kugeln, meist in glänzenderem Licht- und hellerem Farbenschimmer und sie manifestirten sich um so bestimmter als solche, als sie gerade bei geschlossenen Augen und in der Dunkelheit um so heller und deutlicher nach Angabe der Kranken vortraten.

In mehreren Fällen beobachtete ich Amblyopie, grösstentheils in Fällen, wo das Trauma auf die seitliche Stirn-, Scheitel- und Schläfengegend erfolgte.

Die Kranken klagten über Schwachsichtigkeit, sie sahen weniger hell, deutlich und scharf, Einzelnen erschienen die

*) Siehe meine Arbeit über die in Folge von Gehirnerschütterung sich entwickelnden psychischen Störungen. Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte. 1857. VII. und VIII. Monatsheft.

Gegenstände wie von einem Rauch und Nebel umhüllt. In mehreren Fällen verminderte sich im weiteren Verlaufe diese Schwachsichtigkeit in Etwas, doch gelangte keines der von den mit diesem Zustande behafteten Individuuen zur früheren Stärke der Sehkraft. In 7 Fällen war unmittelbar nach dem Falle durch längere Zeit die Erscheinung des Doppeltsehens, wenn beide Augen geöffnet waren, rückgeblieben. Der Durchmesser der Pupillen war in der überwiegenden Mehrzahl dieser Fälle vergrössert, die Beweglichkeit der Iris vermindert.

In 6 von den von mir beobachteten Fällen trat unmittelbar nach dem traumatischen Einflusse (5 Mal nach Sturz auf's Hinterhaupt, 1 Mal nach einem Hieb über die Scheitelhöhe) auf beiden Augen vollständige Aufhebung des Sehvermögens auf, welcher Zustand in einem Falle unverändert fortbestand, in den übrigen Fällen entweder auf einem, oder auf beiden Augen das Sehvermögen, wenngleich in geschwächtem Grade, wiederkehrte.

Von besonderem Interesse waren mir die in einer verhältnissmässig grossen Zahl von Fällen im weiteren Verlaufe vor und insbesondere während des Bestandes der psychischen Störung auftretenden sogenannten Scotome, Sehen schwarzer Objecte. Die materielle Begründung dieser subjectiven Erscheinungen suchte ich in den, neben den gleichzeitig vortretenden hochgradigen Hirncongestionen, prägnant ausgesprochenen Congestiv-Erscheinungen gegen die inneren Gebilde des Auges, oder aber dortselbst erfolgten Extravasaten, in so ferne der durch die Blutüberfüllung oder den Blutaustritt bedingte auf die Retina statthabende Druck partielle Lähmung einzelner Stellen bewirkte, und so auf diesem Wege in Folge der behinderten Leitung der Lichteindrücke zum Centrum nicht sichtbare Stellen unter der Form von Scotomen zur Perception gelangten.

In einzelnen Fällen lässt sich diessfalls durch Anwendung des Augenspiegels Aufschluss gewinnen.

Weiterhin waren es Störungen im Gebiete der Gehörnerven, die sich einerseits durch ihre Lebhaftigkeit, andererseits durch ihre Constanz bemerkbar machten.

In dieser Hinsicht waren es einmal die subjectiven Gehörswahrnehmungen unter der Form des sogenannten Ohrenklingens, Ohrensausens, Ohrenbrausens, die beinahe bei allen Kranken die ganze Zwischenzeit vom stattgehabten Trauma bis zum Ausbruche der psychischen Störung mit kurzen Unterbrechungen andauerten, und auf die geringfügigsten Anlässe in sehr belästigender Weise vortraten. Diese subjectiven Gehörswahrnehmungen traten bei der überwiegenden Mehrzahl abwechselnd im Bereiche der beiderseitigen Gehörsnerven hervor, in einzelnen Fällen aber constant einseitig, in mehreren Fällen auf jener Seite, auf welche das Trauma einwirkte, in anderen Fällen dagegen auf der der Einwirkung des Trauma's entgegengesetzten Seite. Die eingeleitete Erhebung erwies diese subjective Erscheinung nicht aber abhängig von katarrhalischer Schwellung der Schleimhaut, der Eustachischen Röhre oder Paukenhöhle. Noch muss ich hervorheben, dass in 11 Fällen bei vorhandener hochgradiger Schwerhörigkeit im Gebiete der bezüglichen Gehörsnerven die subjectiven Gehörswahrnehmungen des Ohrenrauschens die ganze Zeit über lebhaft vortraten.

In einer grossen Anzahl von Fällen beobachtete ich nach vorausgegangener Gehirnerschütterung die Erscheinungen von Schwerhörigkeit, in mehreren derselben von einseitiger Gehörlosigkeit.

In den diessfalls beobachteten Fällen erfolgte der Eintritt der Schwerhörigkeit, theils nach Einwirkung des Trauma's auf's Hinterhaupt, theils nach solchem auf die Stirn-, Scheitel- oder Schläfengegend, rechter- oder linkerseits. In ein paar Fällen wurde von dem Kranken, entsprechend dem Inneren des Gehörorganes, ein Gefühl von Druck angegeben.

Jedwede die Gehörnerven stärker erregenden Reize bedingten lebhafteres Vortreten der voraus angeführten Gehörswahrnehmungen.

Wichtig ist es zu erforschen, ob nach vorausgegangener Gehirnerschütterung nicht ein Ohrenfluss aufgetreten sei. — Ich habe mehrfach gefunden, dass in derartigen Fällen eine länger andauernde Otorrhoe stattfand, und auf dem betreffenden Ohre Gehörlosigkeit bestand.

In vereinzelten wenigen Fällen (3) traten im weiteren Verlaufe nach vorausgegangener Gehirnerschütterung abnorme subjective Geruchswahrnehmungen auf, die in allen diesen Fällen als sogenannter übler stinkender Geruch zur Perception gelangten. Die Schärfe der ocjectiven Geruchswahrnehmung war in ein paar von diesen Fällen geschwächt, in dem dritten keine besondere Alteration bemerkbar.

In allen diesen Fällen war nach meiner Ansicht die Erregung der subjectiven Geruchswahrnehmungen bedingt in materieller Veränderung der Riechnerven, vielleicht auch durch Druck auf den Olfactorius durch die nach dem Trauma mittel- oder unmittelbar in die Nervenmasse gesetzten Producte.

In 10 Fällen, darunter 8mal nach Sturz auf das Hinterhaupt, ist ein Strabismus zurückgeblieben, 4mal ein Strabismus convergens binocularis, 3mal ein Strabismus nach aussen und oben linkerseits, 2mal ein Strabismus convergens links, 1mal ein solcher rechterseits.

In allen diesen Fällen traten die Erscheinungen des Strabismus unmittelbar in nächster Folge nach dem stattgehabten Trauma hervor. In allen diesen Fällen blieb sich jedoch der Grad des Strabismus nicht gleich, sondern mit Zunahme der Intensität der Hirncongestionen war regelmässig eine Zunahme des Strabismus bemerkbar.

Eine weitere Erscheinnng, die ich mehrfach nach erfolgter Gehirnerschütterung beobachtete, waren Veränderungen im Durchmesser der Pupillen. Dieselben äusserten sich theils als abnorme Erweiterung, theils als abnorme Verengerung, theils als Ungleichheit im Durchmesser beider Pupillen.

Was die abnorme Erweiterung der Pupillen betrifft, so wurde dieselbe, nebst den Fällen, wo Amblyopie vorhanden war, auch noch in Fällen ohne Amblyopie beobachtet, wo sie sich als abnorme, gleichmässige Erweiterung der Pupillen darstellte, wobei eine Beweglichkeit der Iris kaum bemerkbar war. Es waren diess durchgehends Fälle von Sturz auf das Hinterhaupt und die abnorme Erweiterung der Pupillen dauerte constant die ganze Zeit der Beobachtung über an. In einzelnen Fällen war eine gleichmässige Verengerung der Pupillen, kaum etwas über Stecknadelkopfgrösse, vorhanden. In diesen Fällen war durchaus keine Reaction der Iris bemerkbar.

In einer ziemlich grossen Zahl von Fällen zeigte sich eine Ungleichheit der Durchmesser beider Pupillen, die meistentheils constant blieb, und nur in einzelnen Fällen sich vorübergehend ausglich; die Erweiterung betraff sowohl die rechte als linke Pupille; die abnorm erweiterte Pupille war meistentheils nicht leichtempfindlich.

Dass in nicht wenigen Fällen die functionellen Störungen im Bereiche der Sinnesorgane analog den sogenannten Contrafissuren im Bereiche von den der Einwirkungsstelle des Traumas gegenüberliegenden Nerven auftraten, scheint wohl

zum Theil in den Gesetzen der Reflexion des Stosses begründet.

In zwei Fällen nach Sturz auf's Hinterhaupt folgte unmittelbar der Gehirnerschütterung mehrere Stunden andauernde Aufhebung des Sprachvermögens, in mehreren Fällen ziemlich heftiges Erbrechen, wiederholt eine merkbare Schwäche der unteren Extremitäten, mit theilweiser Empfindungslähmung, in ein paar Fällen Lähmung der Blase.

In 8 Fällen traten epileptische Zufälle vor, welchen weiterhin die Erscheinungen manischer Aufregung folgten.

Am prägnantesten zeigte sich in der Mehrzahl der Fälle der Einfluss des stattgehabten Trauma's auf die Störung des Hirnlebens und hiemit auf die Entwicklung der weiterhin vortretenden psychischen Störung durch die sofort sich äussernden abnormen Innervationszustände, respective die hiedurch bedingten Stimmungsanomalien, wie man solche als Aenderungen des sogenannten Gemüthszustandes, Charakters, Temperamentes u. s. w. aufzufassen und zu bezeichnen gewohnt ist.

Dieser Umstand erscheint desshalb von besonderer Wichtigkeit, als die Veränderung der psychischen Individualität von der Umgebung des Kranken in der Mehrzahl dieser Fälle in ganz anderen Factoren gesucht, und demgemäss das Benehmen, der Charakter und die Handlungen solcher Menschen bezüglich ihrer sogenannten psychischen Begründung von einem zu beengten Gesichtspuncte aus beurtheilt und in so ferne, wie man sagt, psychologisch unrichtig aufgefasst werden.

In der Mehrzahl der mir zur Beobachtung zugekommenen Fälle ergab sich, kürzere oder längere Zeit nach dem stattgehabten Trauma, in mehr minder merkbaren Schwankungen eine allmälige Aenderung des früheren Charakters und Gemüthszustandes der betreffenden Kranken.

Die Formen, unter welchen sich diese Stimmungsanomalien manifestirten, waren wohl verschiedener Art, in einer ziemlich grossen Anzahl von Fällen zeigte sich bei dem früher gutmüthigen, gelassenen Kranken eine auffällige Zornmüthigkeit in ihren verschiedenen Graden und Formen, von den leichteren Graden der ärgerlichen Stimmung bis zu den heftigsten Wuthausbrüchen mit Neigung zu Gewaltthätigkeit gegen die Umgebung.

Der Entwicklungsgang dieser krankhaften Stimmung liess sich in der Mehrzahl dieser Fälle in der Weise verfolgen, dass in der ersten Zeit die gesteigerte Erregbarkeit einen Zustand von Verstimmung herbeiführte, die man im gewöhnlichen Leben als Verdriesslichkeit, ärgerliche Stimmung u. s. w. bezeichnet. Die geringfügigsten Anlässe, waren sie nun wirklich objectiv oder bloss subjectiv begründet, steigerten den Zustand, der von manchen noch theilweise als sogenannter innerer Groll unterdrückt wurde, andererseits aber auch schon durch leichtere Explosionen sich Luft machte, bis es auf der Höhe der Aufregung, die in manchen Fällen durch Alkoholgenuss gesteigert wurde, zu Scenen der heftigsten Tobsuchtsanfälle kam, wo nebst den Erscheinungen furibunder Delirien, insbesonders der Drang zu Gewaltthätigkeit nicht so selten in Vordergrund trat.

Gewöhnlich kann man bei den Erhebungen über den Entwicklungsgang der Krankheit in diesen Fällen den Bemerkungen Seitens der Umgebung des Kranken begegnen, der Mensch habe sich in dieser Zeit in seinem Charakter ganz und gar geändert, während er früher ganz gutmüthig, freundlich gewesen, habe er darnach keinen Widerspruch mehr ertragen, alles Reden hätte nichts genützt, aufbrausend auf die wichtigsten Anlässe, wäre der Kranke nur stets zu Insulten geneigt u. dgl. Da sich derartige krankhafte Stimmungszustände auch im Aussehen und Befinden des Kranken reflectiren, so muss man bei Erhebung der Anamnese auch hierüber Erkundigung einziehen.

Bei genauer Erhebung erfährt man, dass der physiognomische Ausdruck mehr weniger Anhaltspuncte darbot für die überwiegend anregenden, subjectiven Vorgänge. Der drohende Blick, das rollende Auge, das krampfhalt verzerrte Spiel der Gesichtsmuskeln, die kurz angebundene Sprache liessen wohl auch dem Laien die Stimmung nicht verkennen, nur war sie ihm Bosheit, Eigensinn, starrer Uebermuth, — von Krankheit konnte er immer noch nichts bemerken.

Schlaflosigkeit, Verdauungsstörungen, häufige Gefässaufregung, Herzklopfen, Störungen des Gemeingefühls, blasse, fahle, häufig in's gelbliche spielende Hautfärbung, Muskelzittern, Glanz der Augen, lebhafte Injection der Bindehaut derselben u. dgl. gaben in solchen Fällen gewöhnlich Anhaltspuncte genug zur Erkenntniss der successive sich steigernden krankhaften organischen Zustände.

Beinahe durchwegs beobachtete ich, dass der Zustand der Verstimmung successive, ohne besonders merkbare Remissionen, in gradueller Zunahme sich steigerte, dass es in einzelnen Fällen allerdings periodisch zu merkbar stärkeren Aufregungen kam, nach deren Vortreten jedoch nur geringe Schwankungen in Bezug auf den Grad der früheren krankhaften Stimmung vortraten.

In manchen Fällen äusserte sich die Charakteränderung als Umsatz der früheren, ruhigen, besonnenen Stimmung in einem Zustande dauernder Exaltationsstimmung, unter deren Einfluss theils Verschwendungssucht, theils Selbstüberschätzung und Grössenwahn vortraten. Tolle unbesonnene Streiche bei jenen, ein allerwärts anstossendes zur Geltung bringen der eigenen Ansicht bei diesen.

In allen diesen Fällen gieng dem Vortreten der Exaltationsstimmnng eine merkbare Depressionsstimmung voraus.

Bei einzelnen Kranken zeigte sich statt ihrer früher gewohnten Gemüthsruhe und Gelassenheit ein Zustand von Unruhe, wie unmotivirter Drang des Wechsels der Verhältnisse, keine Ausdauer bei irgend einer Beschäftigung, ein beständiges Wechseln der gesellschaftlichen Beziehungen, sowie Ortsverhältnisse u. dgl.

In einer anderen Reihe von Fällen trat nach Einwirkung des Trauma's an die Stelle der früheren heiteren, lebenslustigen, wenngleich mitunter etwas launenhaften Stimmung der Zustand einer dauernden allmälig sich steigernden Depressionsstimmung mit allmälig vortretenden Sinnestäuschungen und Angstgefühlen.

In einer nicht geringen Anzahl von Fällen folgten dem stattgehabten Trauma die Erscheinungen gestörter Geistesthätigkeit in Folge von Hirndruck. Erscheinungen partieller oder allgemeiner Gedächtnissschwäche, Incohärenz der Ideen, geistige Apathie, Stupor, meistentheils mit Anästhesien in der sensitiven und Paralysen in der moterischen Sphäre.

Unter den Lebensereignissen, welche im Jünglingsalter, wie wohl auch noch später, mächtig auf das Gemüthsleben wirken, sind vor Allem jene hervorzuheben, die aus den natürlichen und socialen Gegenseitigkeits-Beziehungen des männlichen zum weiblichen Geschlechte resultiren; es sind diess die Liebe zum anderen Geschlecht und die Ehe.

Die erotischen Beziehnngen der beiden Geschlechter zu einander nehmen ihren Ausgangspunct aus den Erregungen

der Geschlechtsgefühle, und diese üben ihren Reflex im Denken und Handeln des Menschen.

Die erotischen Gefühle verweben sich allerdings mitunter unbewusst und nicht geahnt, so tief und innig in das ganze Gefühls- und Vorstellungsleben, dass wenigstens in der jugendlichen Lebensperiode nach dem Erwachen der Geschlechtsgefühle das ganze geistige Geschehen mehr weniger unter dem Einflusse erotischer Gefühle hervortritt, mag sich der Mensch im Geiste seine Liebes-Ideale schaffen — mag er in Wirklichkeit sie finden.

Ob irgend Jemand überhaupt für dauernd je sein Ideal gefunden? — es kann ja sein — gar viele finden ihre Ideale nicht und gar mancher holt sich seine geistigen Wunden auf dem Kampfplatze, den ihm die natürlichen Gefühle und die äusseren Umstände angewiesen haben.

Unter den veranlassenden Momenten, welche sich in den statistischen Ausweisen über Geistesstörrung, besonders im jugendlichen Alter, durch die Häufigkeit ihres Vorkommens bemerkbar machen, tritt sehr auffällig in den Vordergrund die sogenannte unglückliche Liebe, d. i. ihrem Wesen nach Störungen der in den Geschlechtsgefühlen eines Individuums wurzelnden Gegenseitigkeitsbeziehungen zu einem Individuum des anderen Geschlechtes.

Die Formen solcher Störungen sind äusserlich allerdings verschieden; bald ist es eifersüchtige, unerhörte, hoffnungslose, zurückgewiesene, bald getäuschte Liebe, in den Wirkungen bleibt sich's so ziemlich gleich. Auf den näheren Inhalt, den die Gemüthsbewegung durch ihre äusseren Ursachen erhält, kommt am Ende wenig an. Der Effect solcher Gemüthsbewegungen für Erzeugung des Irreseins, ist nach der Stärke des ersten Stosses, der längeren oder kürzeren Dauer, ganz besonders aber nach der vorhandenen Individualität zu beurtheilen, denn auch die grössere oder mindere Heftigkeit des ersten Eindruckes, das schnellere Wiederaufhören oder der längere Nachhall des Affectes, hängt zum grossen Theile von der organischen Constitution der Individualität ab. Wo nach zurückgewiesener oder getäuschter Liebe nicht eine starke Intelligenz, die sich entwickelnde geistige Kälte und Theilnahmslosigkeit zu beherrschen vermag, da endigen jene Seelenzustände, wo Alles kalt und schaal, das Herz erstorben, die Welt leer geworden ist, ganz gewöhnlich in Melancholie, Selbstmord oder tieferes Irresein.

In der Mehrzahl dieser Fälle entsteht das Irresein auf indirectem Wege, so nämlich, dass in Folge der genannten Gelegenheitsmomente verschiedentliche Abweichungen von den normalen organischen Processen zu Stande kommen, aus denen dann erst die Gehirnkrankheit als ein secundäres Resultat hervorgeht; so insbesondere durch Alteration der Thätigkeiten, der Circulations-, Respirations- und der Verdauungsorgane; man wird alsbald erkennen, wie sich bei Fortdauer, bei grosser Heftigkeit der Verstimmungen und Affecte leicht bedeutendere Störungen dieser Functionen ergeben müssen, denen eben diejenigen Individuen am ehesten ausgesetzt sind, welche auf Gemüthsbewegungen über verhältnismässig geringfügige Anlässe am lebhaftesten reagiren. Sehr häufig entsteht nun die Gehirnkrankheit erst dann, wenn sich nach längeren Schwankungen eine anderweitige, tiefere pathologische Veränderung allmälig ausgebildet und consolidirt hat; wir sehen gar nicht selten, wie z. B. nach zurückgewiesener, getäuschter Liebe, welches Ereigniss zunächst allerdings die cerebralen Processe in einige Unordnung brachte, der Mensch geistig wieder beruhigter wird, aber nun zu kränkeln, an verschiedenen anderen Organen zu leiden anfängt, und nun erst nach Monaten, mit der immer zunehmenden Verschlechterung der ganzen Constitution, mit vollendeter Ausbildung anderweitiger chronischer Krankheiten, die geistige Störung hervortritt.

Besonders deutlich sind diese Wirkungen, bei fortdauernden, aber innerlich verschlossenen, psychischen Schmerzzuständen; jene verschluckten Thränen, jene inneren Wunden, wie Griesinger sagt, die äusserlich lange mit Lächeln, mit Hochmuth und Lüge bedeckt geblieben sind; sie geben sich fast unfehlbar und meistens bald in der Ausbildung schwerer chronischer Krankheiten kund, denen dann erst secundär die Gehirnaffection nachfolgt. Wir sehen, wie unter solchen Umständen der Mensch anfängt abzumagern, wie die Verdauung geschwächt und gestört wird, wie sich Schlaflosigkeit, nervöses Herzklopfen, verschiedene Sensibilitäts-Anomalien, Kopfcongestionen, ein mürrisches, hypochondrisches Wesen einstellen; wir sehen namentlich beim weiblichen Geschlechte Menostasie oder Unregelmässigkeit der Periode; Neuralgien, den Symptomencomplex der Hysterie auftreten; wir sehen, wie Krankheitsanlagen, die bisher geschlummert hatten, Tuberculose, Störungen der Circulation u. dgl. nun geweckt oder rasch gesteigert werden, und wie erst aus diesen pathologischen Mittelgliedern, zwischen erster Ursache und letztem Resultat sich als solches endlich Geisteskrankheiten ergeben.

Das Capitel über unglückliche Liebe bedarf sowohl bei männlichen als weiblichen Geisteskranken einer sehr umsichtigen, zarten Behandlung, und nichts wäre unpassender, als durch directe Fragestellung in derartige Verhältnisse eindringen zu wollen. Gerade über diese Verhältnisse bleiben sehr viele Kranke, sowohl männlichen als weiblichen Geschlechtes zurückhaltend und verschlossen, besonders Aerzten gegenüber, die für die Leiden derartiger Verstimmungen kein Verständniss zu besitzen scheinen.

Eine nicht unwichtige Rolle für das ganze geistige Leben mancher Menschen spielt die Ehe mit all ihren Consequenzen.

Man findet in sehr vielen statistischen Zusammenstellungen die Erkrankungsfälle darnach unterschieden, ob die Kranken ledigen Standes oder verheiratet, oder aber verwitwet sind. Alle derartig allgemein gehaltenen Gruppirungen haben keinen eigentlich positiven Werth, in so lange man nicht den näheren Anlässen nachforscht, die in dem einen oder anderem Falle Geistesstörung herbeigeführt haben.

Alle die verschiedenen statistischen Zusammenstellungen weisen nur nach, dass unter den unverheirateten Männern und weiblichen Personen die Erkrankungen an Geistesstörung häufiger seien, als unter den verheirateten. Diese Thatsache hat wohl nur einen sehr untergeordneten Werth, bei dem Umstande, dass ja auch die Zahl der ledigen Personen, die der verheirateten bei weitem übertrifft, es müssten daher gewisse, gerade dem ledigen Stande eigenthümliche Schädlichkeiten ermittelt werden, die ein relativ häufigeres Erkranken der ledigen Personen an Geistesstörung bedingen. Solche mit Bestimmtheit angebbare Schädlichkeiten sind nun aber in Wirklichkeit nicht erwiesen, wenn auch nicht in Abrede zu stellen kömmt, dass mitunter (doch nicht absolut nothwendig) eine Person ledigen Standes manchen schädlichen Einflüssen, durch unsere socialen Verhältnisse ausgesetzt ist, welche auf verehlichte Personen nicht so häufig einzuwirken vermögen.

Kurz die Frage, ob der ledige oder verheiratete Stand mehr zu Geistesstörung disponirt, wie sich selbe manche Forscher zur Beantwortung stellten, ist vor der Hand

wenigstens auf Grundlage rationell gewonnener Ergebnisse, nicht zu beantworten.

Wenn man nun für den ledigen Stand specifisch eigenthümliche, nothwendig damit verbundene Schädlichkeiten nicht nachweisen kann, die erfahrungsgemäss häufiger zu Geistesstörungen führen, so lässt sich in manchen Fällen von Geistesstörung, deren Entwicklung auf Verstimmungen zurückführen, die zunächst in nicht zusagender, ehelicher Verbindung ihren Ausgangspunct nehmen. Bei den häufig unabänderlichen Folgen einer ehelichen Verbindung für das ganze Leben mancher Menschen, nützt es allerdings in manchen Fällen dem Irrenarzte in Rücksicht einer activen Therapie nichts, die näheren Verhältnisse einer solchen unglücklichen Ehe zu kennen, übrigens ist es doch eine gebotene Pflicht, auch diese Verhältnisse so eingehend als möglich ins Bereich der anamnestischen Erhebung zu ziehen, da sich der unbefangenen ärztlichen Beobachtung doch häufig noch manche Schädlichkeiten erkennbar machen, deren Entfernung möglich erscheint.

Es ist mir in meiner irrenärztlichen Praxis eine unerquicklich grosse Reihe von sogenannten unglücklichen Ehen vorgekommen, und wenn auch nicht in der Mehrzahl dieser Fälle die unglückliche Ehe unmittelbaren Einfluss genommen auf die Erkrankung des Gatten an Geistesstörung, so haben doch beinahe durchgehends die Verhältnisse der unglücklichen Ehe den Ausbruch der Störung beschleunigt.

Eine möglichst unbefangene Beurtheilung der mir diessfalls vorgekommenen Fälle, ergibt mir als sichere Thatsache, dass sich in der Mehrzahl jener Fälle, in denen unter dem Einflusse einer sogenannten unglücklichen Ehe, einer der Gatten geisteskrank wurde, die unglückliche Ehe auf eine Ausserachtlassung jener unbedingt nothwendigen Klugheitsgrundsätze zurückführen liess, deren Beachtung unbedingt festgehalten werden muss, wenn überhaupt nicht von vorne herein der Grund zu einer unglücklichen Ehe gelegt werden soll.

Es liegt in der Natur unserer socialen Verhältnisse, dass sich der Einfluss einer unglücklichen Ehe für den Geistes- und den Gemüthszustand des Weibes weit nachtheiliger darstellt, als für den psychischen Zustand des Mannes. Insoferne man demnach eine gewisse Reihe von Schädlichkeiten unter der allgemeinen Bezeichnung »unglückliche Ehe« zusammenfasst und dieselben in Beziehung stellt zu nachträglich aufgetretenen Geistesstörungen, ergibt sich, wenigstens nach meinen Aufzeichnungen für das weibliche Geschlecht eine merkbar höhere Ziffer von Erkrankungsfällen.

Ohne hier diesen Gegenstand im Detail zu erörtern, kann ich nur wiederholen, dass der Anlass zur unglücklichen Ehe, die directen oder indirecten Einfluss auf die Entwicklung von Geistesstörung eines der beiden Gatten nahm, in der Mehrzahl der Fälle, in der Unklugheit gelegen war, mit der bei Schliessung der betreffenden Ehe zu Werke gegangen worden ist.

Die Folgen davon sind für erregbare Individuum von unübersehbarer Schädlichkeit und Ausdehnung; in keinem Falle wird eine begangene Unklugheit so empfindlich bestraft, wie im Puncte der Ehe. Hat der Mensch sich irgend einer anderen Unklugheit schuldig gemacht, so trifft ihn meistens der Schade nicht so nachhaltig, entscheidet nicht sogleich über sein ganzes Lebensloos, kann auch wohl noch verbessert und gemildert werden. Eine ähnlich folgenschwere Bedeutung für das ganze Leben, wie die Ehe, hat nur noch die Ablegung der Ordensgelübde bei Priestern und Nonnen.

Missgriffe nach diesen Richtungen geben gerade dem Irrenarzte ein unendlich reiches Feld wenig erquicklicher Forschung. Wenn die Anzahl der Erkrankungen an Geistesstörung in Folge unglücklicher Ehe, bei der grossen Anzahl ohne aller Vorsicht abgeschlossener Ehen verhältnissmässig noch gering genannt werden kann, so ist diess wohl darin gelegen, dass minder sensiblen Individuen die unangenehmen Folgezustände einer unglücklichen Ehe unter den gegenwärtigen socialen Verhältnissen minder fühlbar werden.

Die Fälle, in denen durch die Schliessung einer unpassenden Ehe der Grund zur Verstimmung und nachträglichen Geistesstörung eines der beiden Gatten gelegt worden ist, betrafen einerseits Individuen, die ohne klare Vorstellung über die Tragweite der ehelichen Verbindung bei deren Schliessung vorwaltend von ganz bestimmten, mitunter nur vorübergehenden Bedürfnissen Rechnung tragenden Nebenabsichten, oder durch blosse zufällige äussere Umstände bestimmt worden sind, wenigstens scheinbar nicht unpassende Verbindungen einzugehen, andererseits aber und zwar zum grösserem Theile Individuen, deren Verbindung von vorne herein als unpassend bezeichnet werden musste.

In dieser letzteren Kategorie stehen oben an die unglücklichen Ehen in Folge häuslicher Noth. Diessfalls kamen mir und zwar vorwaltend bei Familienvätern mehrere Erkrankungen an Geistesstörung vor, wo eben von vorne herein das vorhandene Einkommen und Vermögen nicht mit den Bedürfnissen des Ehestandes in Vergleich gestellt wurde, und die gerade durch das Eingehen der Ehe herbeigeführte Noth den Ausgangspunct zur späterhin aufgetretenen Geistesstörung darbot. Derartige Fälle gewähren wohl keinen erhebenden Einblick in die Geheimnisse des ehelichen Lebens.

In einer zweiten Reihe von Fällen war die unglückliche Ehe wohl vor Allem in einer Ungleichheit der persönlichen Verhältnisse beider Gatten begründet, sei es in Bezug auf Stand und Herkunft, oder in Rücksicht auf Vermögen, Alter, Leibesbeschaffenheit, Religion und Gemüthsart. Ohne ausführlich alle mir diessfalls vorgekommenen Fälle darzulegen, will ich bloss jener Fälle erwähnen, in denen die zuletzt aufgetretene Geistesstörung durch Verstimmungen eingeleitet wurde, die aus Misshelligkeiten über die ungleichen Geburtsverhältnisse der Gatten angeregt worden sind, wie ich diess in mehreren Fällen zu beobachten Gelegenheit fand.

Es ist zwar schon eine graue Erfahrung, dass in Bezug auf Stand und Herkunft der Gatten ungleiche Ehen selten gerathen. Ehen dieser Art werden, allerdings einem herrschenden Vorurtheile zu Folge, immer gemissbilligt, und es trifft eine Gattin von bürgerlichem Herkommen, die von einem Manne sogenannter hoher Geburt geehlichet wird, oder umgekehrt, immer eine meist unversöhnliche Verachtung und Feindschaft von Seite derjenigen vorurtheilsbefangenen Familie, die sich durch eine solche Missheirat für beschimpft hält. Die Verachtung der beleidigten Familie und die giftigen Spöttereien der übrigen Standesgenossen kränken nicht nur beide Gatten aufs Empfindlichste und denjenigen von der sogenannten minderen Herkunft doppelt, sondern ermüden auch sehr oft die Standhaftigkeit des wählenden Vornehmeren. Diese fangen dann häufig an, sich ihrer Wahl zu schämen oder dieselbe zu bereuen, ziehen sich, um sich dem Spott und der Lästerungssucht zu entziehen, möglichst zurück, diess wird für den gewählten Gatten bürgerlicher Herkunft eine Zurücksetzung, Verachtung, Beschimpfung, die den Grund zu psychischen Verstimmungen legt, die sich,

wie ich diess mehrmalen beobachtete, im weiteren Verlaufe zur hochgradigen Melancholie bei dem gekränkten Theile ausbildeten.

Ich übergehe hier jene unpassenden Ehen, wo ein Mann bei Mangel an eigenem Vermögen eine sogenannte sehr reiche Frau heiratet, ohne dem Reichthum derselben durch seine geistige Ueberlegenheit, seine Stellung und Charakter ein überwiegendes Aequivalent über Geld- oder Geburtsvorzüge entgegensetzen zu können, auch derartige Missehen führen durch eine Reihe für den Mann verletzender Zurücksetzungen und so veranlassten Verstimmungen, unter Umständen zum Ausbruche von Geistesstörung. Ich erwähne hier nur noch kurz jene Fälle, wo der Grund zur Verstimmung und nachträglicher Geistesstörung durch eine in Bezug auf Alter der Gatten begründete Ungleichheit der Ehe veranlasst worden ist.

Die diessfalls mir vorgekommenen Fälle von Geistesstörung betrafen durchgehends jugendliche, weibliche Individuen, die von Männern geehlichet wurden, die zu ihren Frauen in auffälliger Altersverschiedenheit standen. Das Alter bewegte sich bei den Männern zwischen 60 — 70 oder darüber, das der betreffenden weiblichen Gatten zwischen 17 — 25 Jahren. Der Mehrzahl nach waren diess noch dazu sogenannte gezwungene Heiraten, d. h. dem betreffenden Mädchen zwangsweise aufgelegt.

In einer anderen Reihe von Fällen wurde das Glück der Ehe durch die Leidenschaft der Eifersucht, und durch vermeintliche und begründete Untreue gestört, und auch diessfalls kam mir eine nicht unerhebliche Anzahl von Geistesstörungen vor, in welchen Fällen wenigstens der Ausbruch der Geistesstörung durch die genannten Missverhältnisse der Ehe begünstigt oder beschleunigt worden ist.

Die Detailerörterung aller dieser Verhältnisse gehört nicht hieher; für den Arzt hat bei vorkommender Erkrankung an Geistesstörung verheirateter Personen, die Kenntniss der ehelichen Verhältnisse, nebst dem, dass dieselben zur richtigen Beurtheilung der Entwicklung und etwaiger causaler psychischer Behandlung der Krankheit nöthig erscheint, noch in so ferne eine praktische Wichtigkeit, als Missverhältnisse in der Ehe in manchen Fällen massgebend erscheinen, um eine Versetzung des Kranken aus seiner bisherigen Umgebung in eine geeignetere zu beschleunigen.

Eine besondere Erörterung verdienen bei weiblichen geisteskranken Personen die Fragen, nach etwa vorausgegangener Schwangerschaft, überstandenen Geburten, und darnach aufgetretenen Puerperal-Erkrankungen, sowie über das Stattfinden, die Dauer oder etwaige Störungen der Lactation.

Ich habe in mehreren Fällen zu beobachten Gelegenheit gefunden, dass während der Schwangerschaft geistige Störungen zur Entwicklung gelangten, die beinahe durchgehends mit der fortschreitenden Schwangerschaft sich weiter ausbildeten und bei denen erst kürzere oder längere Zeit nach erfolgter Geburt die Wiedergenesung erfolgte. Insoferne sich, durch den Schwangerschaftsprocess eingeleitete psychische Verstimmungen während der Schwangerschaft oft ohne besondere Aufregung hinziehen, und bei solchen prägnanteren Erscheinungen geistiger Störung erst nach dem Geburtsacte und in der Wochenbettsperiode hervortreten, werden dann diese Erkrankungen sehr häufig auch in die Kategorie der sogenannten puerperalen psychischen Störungen eingerechnet.

Die Bedeutung der Erregungen, welchen das Nervensystem während der Schwangerschaft vielfach ausgesetzt ist, insbesondere bei einer erstmaligen und vor allem ausserehlichen Schwangerschaft, ist leicht abzusehen, gleichzeitig auch die Bedeutung des ganzen Schwangerschaftsprocesses für den weiblichen Organismus, einfach schon durch die mechanischen Kreislaufsstörungen, welche der allmälig sich vergrössernde Uterus im weiblichen Organismus herbeiführt. Die Wichtigkeit der organischen Veränderungen, wie selbe den Schwangerschaftszustand charakterisiren, für die Function des Nervensystems, findet wohl auch eine gewichtige Bestätigung in der Entwicklung des sogenannten puerperalen Osteophyts, wie man selbes so häufig bei Schwangeren überhaupt, und bei, während der Schwangerschaft oder in der Puerperalepoche geisteskrank gewordenen Frauen insbesondere findet.

Zur richtigen Beurtheilung von, während der Schwangerschaft oder nach der Geburt aufgetretenen Geistesstörungen ist es sehr wichtig, den ganzen Verlauf der Schwangerschaft rücksichtlich des körperlichen und geistigen Befindens der Kranken genau zu verfolgen, so vor allem die während dieser Zeit vorgekommenen körperlichen Erkrankungen, allfällige Metrorrhagien, Functionsstörungen im Bereiche des Nervensystems, Sensibilitäts- und motorische Störungen, eclamptische Zufälle, Aenderungen der Gemüthsstimmung, das Stattfinden besonderer das Nervensystem erschütternder Verhältnisse, Schreck, Gram, Kummer, Furcht vor Schande bei ausserehlicher Schwangerschaft, mechanische Beleidigungen etc.

Die umfassende Erörterung dieser Verhältnisse ist besonders wichtig in jenen Fällen, wo angeblich unter dem Einfluss einer während der Schwangerschaft oder während und nach der Geburt sich entwickelnden Geistesstörung gesetzwidrige Handlungen verübt werden, z. B. Eigenthumsentwendungen durch Schwangere, Tödtung neugeborener Kinder durch ihre Mutter u. dgl. Dass, besonders bei unverehlichten Personen, die Frage über in früherer Zeit etwa stattgefundene Schwangerschaft mit aller Rücksicht gestellt werden müsse, ist einleuchtend.

Bei wiederholten Schwangerschaften hat man sich auch zu erkundigen, ob nicht vielleicht früher Abortus stattgefunden, in welchem Schwangerschaftsmonate, wie oft, in Folge welcher wahrscheinlicher Veranlassungen, und mit welchen Rückwirkungen für das Befinden der Kranken.

Eine eingehende Ermittlung bedürfen unter Umständen die während der Geburt vorgekommenen Ereignisse und Aenderungen im Befinden der Kranken. Ob die Entbindung eine leichte oder schwierige gewesen? Ueber die Dauer der einzelnen Geburtsperioden, über die Dauer der Wehenperiode über die während dieser Periode allenfalls merkbaren psychischen Aenderungen.

Mehrfach liess sich erheben, dass manche sogenannte puerperale psychische Störungen schon während der Wehenperiode prägnanter hervortraten.

Ist es auch in den wenigsten derartigen Fällen möglich, den Verlauf des Geburtsactes nach den einzelnen Geburtsperioden zu verfolgen, so ist es doch nothwendig, bei Erhebung der darauf bezughabenden anamnestischen Daten diesen Gang festzuhalten.

Wenn insbesondere bei Beurtheilung des Geisteszustandes von Kindesmörderinnen, in Rücksicht ihrer Zurechnungsfähigkeit, gewisse Perioden des Geburtsactes eine genaue Würdigung verdienen, so ist diessfalls vor Allem die sogenannte dritte Geburtsperiode, d. i. die Periode der Treibwehen

die vierte Periode, die Austrittsperiode, zum Theil jedenfalls auch die fünfte Geburtsperiode in Rücksicht zu nehmen.

Von höchster Bedeutung erscheint ganz gewiss die vierte (oder Austrittsperiode) des Geburtsactes. Im Anfange derselben kommt, wie bekannt der Kopf des Kindes zwischen den geöffneten Schammlippen zum Vorscheine, er schneidet ein; die Wehen erreichen jetzt ihren höchsten Grad, erschütternde Wehen, Schüttelwehen; die Schmerzen sind nun theils wegen der Intensität der Wehen, theils wegen des äussersten Grades von Ausdehnung der Scheide die bedeutendsten, bis der Kopf bei grösster Spannung des Dammes, der nun in die höchste Gefahr kömmt einzureissen, mit seiner grössten Circumferenz durch die Schamspalte hindurch tritt, er schneidet durch. Nach einer kurzen Wehenpause werden die übrigen Theile des Kindes, mit den noch rückständigen Fruchtwasser vollends geboren. Diese Periode ist in der Regel die kürzeste, für den Gerichts-Irrenarzt aber gewiss eine der bedeutungsvollsten und soweit mich meine irrenärztlichen Forschungen und Studien zu einem Ausspruche berechtigen, werden die meisten Tödtungen neugeborner Kinder unter dem Einfluss psychischer Aufregungen verübt, die in der vierten Geburtsperiode eingeleitet wurden.

Wenn ich es hervorhebe, dass in der Lehre von der Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit der Kindesmöderinnen diese hier, bloss kurz skizzirten Andeutungen, die ich anderwärts eingehend darlegen werde, bisher noch nicht Geltung erlangten und vorgebracht wurden, so will ich mir damit nicht etwa die Priorität dieser Anschauungsrichtung wahren, sondern bloss dahin wirken, dass in der gerichtsärztlichen Praxis die hier gegebenen Andeutungen im Interesse der Angeklagten ihre volle Würdigung finden.

Von diesem meinen Standpuncte aus hat für mich bei Beurtheilung des Geisteszustandes einer Kindesmörderin, ein Dammriss, die Dimensionsverhältnisse des Kindskopfes, der Erschlaffungszustand der Scheide u. s. w. eine positive Bedeutung, eine viel höhere Bedeutung als die metaphysischen Speculationen der Ideologen!

In einer weiteren Reihe von Fällen treten die Erscheinungen von Geistesstörung erst kürzere oder längere Zeit, nach dem beendigten Geburtsacte hervor; Störungen, die man im Allgemeinen unter der Bezeichnung Puerperal-Wahnsinn für gewöhnlich zusammenfasst, eine Bezeichnung, die sich strenge genommen als unpassend darstellt, insoferne man häufig damit die Ansicht verbindet, dass die nach der Geburt und in der Wochenbettsperiode auftretenden Geistesstörungen in Bezug ihrer Entstehungsweise und Form von den anderweitig veranlassten Geistesstörungen Distinctes darbieten, oder dass sie unter sich gemeinsam Eigenthümliches besässen.

Wie überhaupt, so kommt es auch hier darauf an, jene Processe speciell in's Auge zu fassen, die das Auftreten der psychischen Störung veranlassen.

Verfolgen wir die verschiedenen Veränderungen im weiblichen Organismus nach vollendetem Geburtsacte in ihrer natürlichen Aufeinanderfolge, und ermittelt man den Zeitpunct des Auftretens der ersten Erscheinungen der psychischen Störung, so gewinnt man nicht selten einige Anhaltspuncte für die pathogenetische Begründung derselben.

Meiner Erfahrung zufolge lassen sich die verschiedentlichen unter der Bezeichnung Puerperalmanie oder Puerperal-Wahnsinn zusammengefassten Fälle in Bezug des Zeitpunctes vom Auftreten der Geistesstörung, in eine gewisse Reihenfolge bringen und die Fälle mancher Reihen stehen mit gewissen, nach dem Geburtsacte auftretenden pathologischen Processen häufiger in Verbindung. Bezieht man hier auch noch jene Fälle ein, bei denen die Geistestörung während des Verlaufes der Schwangerschaft zur Entwicklung gelangte, so lässt sich etwa nachstehende Reihenfolge von Gruppen aufstellen:

1. Reihe. Fälle von Geistesstörung, zur Entwicklung gekommen während des Verlaufes der Schwangerschaft, vor dem Eintritt der Wehen.

2. Reihe. Fälle von Geistesstörung hervorgetreten in der Zeitperiode nach dem Beginne der ersten Wehen, bis nach Ausstossung der Placenta.

3. Reihe. Fälle von Geistesstörung nach Ausstossung der Placenta, hervorgetreten bis zur Zeit der vollständig erfolgten Rückbildung des Uterus zu seinem Normalzustande.

4. Reihe. Fälle von Geistesstörung, auftretend während der Periode der Lactation.

In der Mehrzahl der zur 1. Reihe gehörigen Fälle, komen nebst den durch die Schwangerschaft im Allgemeinen bedingten Innervations- und Ernährungsstörungen vor allem als wichtig die mechanischen Kreislaufsstörungen zu beachten, welche der allmälig sich vergrössernde Uterus im weiblichen Organismus herbeiführt.

In der zweiten Reihe liess sich für die Mehrzahl der Fälle der Einfluss der Wehenthätigkeit in Verbindung mit den in dieser Periode noch wesentlichen Kreislaufsstörungen für die Entwicklung von Geistesstörung nicht verkennen. In diese Reihe fällt auch die geistige Störung, welche während oder in Folge der Eclampsie der Gebärenden hervortritt. Dass es eine Art von Eclampsie giebt, welche mit dem Geburtsacte in einem gewissen Causalnexus steht, ist unbezweifelt. Worin aber ihr Wesen, und besonders der Grund der oft so schnellen Tödlichkeit derselben liegt, ist noch nicht völlig aufgeklärt.

Die eclamptischen Anfälle unterscheiden sich nicht von den epileptischen. Vollkommene Bewusstlosigkeit, allgemeine Convulsionen, bisweilen mit tetanusähnlichen Erstarren abwechselnd, Gesichtslivor, Schäumen mit Einklemmung der Zunge, hochgesteigerte Herzaction, und nach beendigten Paroxismus bald kürzerer, bald längerer Sopor, sind die diagnostischen Merkmale. Bisweilen gehen dem ersten Anfalle gewisse Vorboten voraus, als Kopfschmerz, Schwindel, Angst und Unruhe, leichtes Zucken einzelner Gesichtsmuskeln u. dgl.

Strenge genommen, verdienen nur jene Fraisen den Namen Eclampsie, welche durch die Geburt bei einer Frau hervorgerufen werden, die ausserdem nie daran gelitten hat. Dadurch sind die eigentlichen Geburtsfraisen von den hysterischen, habituell epileptischen und den von Gehirnleiden bedingten unterschieden, welche wohl auch während der Geburt vorkommen können. Jedoch scheinen sie nach den Erfahrungen der Geburtshelfer keineswegs in jenem innigen Connexus mit dem Gebäracte zu stehen, und keinen so deletären Reflex auf das Nervenleben zu üben, weil selten der Geburtsverlauf durch sie derart beirrt, noch jener äusserste Grad von Gefahr herbeigeführt wird, wie durch die wahre Eclampsie. Die Eclampsie kommt in den verschiedensten Graden von Heftigkeit und Gefährlichkeit zur Beobachtung, von jenen, wo es mit 2—3 Anfällen abgethan ist, und die Geburt sofort ihren ungehinderten Fortgang nimmt, bis zu denen, wo ein Anfall dem anderen folgt, der Sopor ununterbrochen fortdauert, die Geburt gleichsam still steht und die Schwangere unentbunden in wenigen Stunden stirbt.

Es kamen mir einige Fälle von Geistesstörung vor, wo angeblich bis zum Eintritt der Geburtsperiode die Kranken früher vollständig geistig gesund, mehrere eclamptische Anfälle erlitten und schon kurze Zeit nach vollendeter Geburt die Erscheinungen an Geistesstörung hervortraten. In diesen Fällen schien es mir naheliegend, die Entwicklung der geistigen Störung mit der vorausgegangenen Eclampsie in Beziehung zu bringen.

In der Mehrzahl jener Fälle der 3. Reihe, wo innerhalb der ersten drei Tage nach erfolgter Geburt die Geistesstörung hervortrat, liess sich das Stattfinden bedeutender Erschöpfung durch Blutverlust ermitteln; sei es, dass solche schon während der Schwangerschaft wiederholt vortraten, oder aber erst während der Geburt erfolgten, sei es in Folge theilweiser Trennungen der Placenta, Gebärmutterrupturen, sei es als Metrorrhagien vor der Ausschliessung des Kindes oder aber nach Austragung desselben, Blutungen in Folge mangelnder, unzureichender oder theilweise ungleichförmiger Contraction des Uterus; in manchen Fällen wird die Erschöpfung bedingt durch Blutflüsse in den ersten Tagen des Wochenbettes, der Erfahrung zu Folge, gewöhnlich in Folge von Zurückbleiben der Placenta oder grösserer Eihautreste, und in Folge von Atonie des Uterus.

In der Mehrzahl der Fälle diessfalls vortretender Geistesstörung, kann man selbstverständlich über alle diese Verhältnisse nur durch die bei der Entbindung intervenirenden Geburtshelfer Auskunft erlangen; in jedem derartigen Falle ist es daher nothwendig, sich durch den Geburtshelfer über den ganzen Verlauf der Geburt, mit allen Zufällen genau informiren zu lassen, da man nur auf solchem Wege eine richtige Ansicht über die pathogenetische Begründung der geistigen Störung gewinnen kann. Die im weiteren Verlaufe nach der Entbindung vortretenden Geistesstörungen, können wohl auch noch durch die vorausbesprochenen Momente eingeleitet werden, doch liess sich, wenigstens in der Mehrzahl der mir diessfalls vorgekommenen Fälle, der Einfluss der sogenannten puerperalen Erkrankungen als vorwaltend nicht verkennen, und in manchen Fällen ergibt sich die auftretende Geistesstörung als Folge der sogenannten puerperalen Intoxication.

In der Mehrzahl der Fälle fiel das Hervortreten der Geistesstörungen in den Zeitraum von 5—12 Tage nach dem stattgefundenen Geburtsacte; die Störung war ihrem Wesen nach als symptomatisches Delirium der verschiedentlich stattfindenden Krankheits-Processe der Entbundenen aufzufassen, wie Endometritis, Phlebitis, Peritonitis, Pyämie etc.

In vielen Fällen ist es allerdings wegen Mangel verlässlicher Daten über den Geburts- und Wochenbettsverlauf nicht möglich, die näheren Bedingungen des in der Periode des Puerperiums aufgetretenen Irreseins zu ermitteln. Diese Fälle erscheinen aber durchaus nicht als Beweis dafür, dass das in dieser Periode auftretende Irresein ausser Beziehung stehe zu den nach der Geburt auftretenden Erkrankungen des weiblichen Organismus.

Was nun endlich die Lactation betrifft, so ist die Schwächung des Kräftezustandes durch ein zu langes Säugen, als Ursache der verschiedensten schweren Neurosen in allen möglichen Formen anerkannt. Wenn es nun auch seine Richtigkeit hat, dass unter dem Einfluss einer länger fortgesetzten Lactation, respective des hiedurch veranlassten Erschöpfungszustandes, Verstimmungen eingeleitet werden, aus denen sich in weiterer Folge Geistesstörung herauszubilden vermag, so muss ich andererseits noch eine Reihe von Fällen anführen, in welcher es aus anderweitiger Veranlassung während der Periode der Lactation zum Hervortreten von psychischen Störungen kömmt.

Bei starker Milchabsonderung in den Brustdrüsen, und behinderter Entleerung der Milch aus der Drüse, kommt es in nicht wenigen Fällen zu endzündlichen Affectionen der Brustdrüse, unter deren Einfluss symptomatisch mitunter furibunde Delirien auftreten, und das Bild einer heftigen Tobsucht manifestiren. Ich beobachtete mehrere Fälle, in welchen die vortretende Störung einfach auf solchem Wege eingeleitet worden ist. Dass solche Fälle mit den sogenannten Puerperalmanien nichts gemein haben, dürfte einleuchtend erscheinen. Von Wichtigkeit ist in jenen Fällen, wo während der Puerperalperiode eine Geistesstörung zur Entwicklung gelangt, die Erörterung der Frage, ob nach Ablauf des Puerperalprocesses die Menstruation wieder erfolgt sei, ob selbe regelmässig wieder kehre u. dgl.

Der Wiedereintritt der Menstruen nach dem Puerperium ist wohl nach Umständen verschieden. Bedeutende Blutverluste während des Geburtsactes, lang andauernder Lochienfluss, zu lange fortgesetztes Säugungsgeschäft, Ernährungsstörungen der Kranken u. s. w., haben auf den Wiedereintritt der Menstruation wesentlichen Einfluss.

Meiner Erfahrung zu Folge lässt sich in der Mehrzahl der im Verlaufe des Puerperiums auftretenden Geistesstörungen vor dem Wiedereintritte und der Regelung des Menstrualprocesses eine dauernde Besserung und Wiedergenesung von der psychischen Störung nicht anhoffen.

Nachdem man sich durch Fragestellung über das körperliche und geistige Befinden des zu untersuchenden Kranken, über seine verschiedentlichen Lebensschicksale, überstandenen Krankheiten etc., während der Zeit vor der Pubertätsentwicklung bis ins gereifte Mannesalter, nach allen Richtungen informirte, handelt es sich bei Kranken vorgerückteren Alters, um die Erhebung der analogen Daten im späteren Mannesalter, bei sehr bejahrten Kranken, um alle Verhältnisse des Greisenalters.

Hier handelt es sich insbesondere bei männlichen Kranken, um die umfassende Erörterung ihrer häuslichen und Familien-Glücksumstände, um die Verhältnisse ihrer bürgerlichen Stellung, ob irgend welche Unglücksfälle die Jahre des Mannesalters trübten — häusliches Unglück und Missverhältniss, Geschäftsunannehmlichkeiten, Geldverluste, erlittene Kränkungen, Zurücksetzungen, Verluste von Angehörigen, Kindern u. dgl. Wie alle derartigen Ereignisse auf das körperliche und geistige Befinden zurückwirkten?

Welche Krankheiten die Kranken im Mannes- und Greisenalter überstanden? In welchem Lebensjahre sich die körperlichen Erscheinungen des eintretenden Alters kundgaben z. B. Ergrauen der Haare, bei Frauen die Zeit des eintretenden Climacteriums, die Rückwirkungen dieser Vorgänge auf das körperliche und psychische Befinden.

Von den in dieser Lebensperiode auftretenden Krankheiten, ist insbesondere der Gehirnapoplexie, der fortschreitenden Altersatrophie des Gehirns ect. mit ihren Folgezuständen Beachtung zuzuwenden.

In den Fällen von Geistesstörung in Folge von Epilepsie, hat der Arzt speciell zu erheben, wann die epilepsischen Anfälle zum ersten Male hervortraten, welches die bekannten

oder muthmasslichen Anlässe dieser Zufälle seien, wie lange die einzelnen Anfälle dauern, ob deren Eintritte jedesmal oder wenigstens zeitweise Vorboten-Erscheinungen vorausgehen und welche? z. B. Störungen einzelner Functionen, verschiedentliche subjective Gefühle, Kopfschmerz, Verdauungsstörungen, gestörter Schlaf, Blutandrang zum Kopfe, Schwindel, Röthung oder aber Blässe des Gesichtes, Sinnestäuschungen, im Bereiche des Gesichtes, Scotome, doppelt Sehen, Auftreten der Druck- oder Congestionsfiguren, vorübergehende Abnahme der Sehkraft, Nebelsehen, mouches volantes, vermehrte Thränenabsondernng, subjective Wahrnehmungen im Bereiche des Gehörsinnes, Ohrenklingen, Ohrensausen, abnorme Geruchs- und Geschmacks-Wahrnehmungen, vermehrte Speichelabsonderung, örtliches Kälte- oder Wärmegefühl, verschiedene abnorme Gefühle im Bereiche der verschiedentlichen Empfindungsnerven, Gefühl eines aufsteigenden kühlen Hauches, der sogenannte Aura epileptica, Constrictionsgefühle im Bezirke der Muskeln des Schlundes und Kehlkopfs, Einschlafen der oberen oder unteren Gliedmassen, Zuckungen in einzelnen Gliedern, Störungen der Schweissabsonderung, der Harnsecretion etc. Weiters kömmt zu erforschen, in welcher Art die Anfälle selbst sich darstellen? Ob selbe sich nur mehr als vorübergehende Schwindelanfälle mit momentaner Bewusstlosigkeit, oder aber als intense Anfälle mit tonisch-klonischen Krämpfen darstellen, oder als verschiedentliche Zwischengrade dieser beiden Extreme mit Angabe der vorzugsweise ergriffenen Muskelgruppen. Nach Erörterung über das Verhalten der Kranken, während der Dauer des Anfalls und der Angabe der Zeitdauer der Anfälle, handelt es sich um die Erörterung des Verhaltens des Kranken nach den Anfällen. Vorzüglich um die Ermittlung des rascheren oder langsameren Rückkehrens des Bewusstseins, der Empfindungs- und willkürlichen Bewegungsfähigkeit in den verschiedenen Richtungen. Ueber die Dauer des Sopors? Ob etwa Delirien, Sinnes-Hallucinationen, illusorische Sinneswahrnehmungen, Angstgefühle, Aufregungs- oder Depressions-Erscheinungen, Steigerung der Geschlechtslust vortreten. Man hat weiter die Zeit des Auftretens der einzelnen Anfälle zu ermitteln, ob zu gewissen Stunden oder Tageszeiten, die Häufigkeit der Anfälle überhaupt und zu bestimmten Zeiten insbesondere, ob nach gewissen Veranlassungen, z. B. nach eingenommener Mahlzeit, über meteorologische Einflüsse, nach vorausgegangener körperlicher oder geistiger Anstrengung, nach Gemüthsaufregungen, nach geschlechtlicher Aufregung oder geschlechtlicher Befriedigung etc.; der Typus des Verlaufes nach einem grösseren Zeitabschnitte, bei weiblichen Kranken insbesondere, in Bezug des Verhaltens zum Auftreten oder Störungen der Menstruation, das Verhalten des Typus bei intercurrirenden anderen somatischen Erkrankungen. Besonders wichtig sind für die irrenärztliche Forschung die Daten über das Befinden des Kranken in der sogenannten anfallsfreien Zwischenzeit, ob die Kranken in dieser Zeit in ihren psychischen Functionen nicht gestört erscheinen, ob sich überhaupt keine anderweitigen functionelle Störungen oder abnorme Erscheinungen wahrnehmen lassen? In wie ferne solche etwa auf das Denken und Handeln des Kranken rückwirken? Ob allen Anfällen die Erscheinungen von Geistesstörung folgen oder nicht? Ob sich bestimmt wahrnehmbare pathologische Veränderungen, vorübergehende oder dauernde, nachweisen lassen, mit welchen das Vortreten der epilepsischen Anfälle in causale Beziehung gebracht werden kann? Ob die epileptischen Anfälle über bestimmte Veranlassungen vortreten?

Ist man nun in einem gegebenen Falle bis zu dem Zeitmomente jenes Lebensalters angelangt, mit welchem die ersten Spuren des Irreseins hervortraten, so muss der Arzt seine Fragestellung so einrichten, um den ganzen Entwicklungsgang der nun bestehenden Geistesstörung, von ihrem ersten Anfange, bis zum Momente, wo er den Kranken selbst in Beobachtung nimmt, in klarer Uebersicht zu gewinnen, er wird daher an die Umgebung des Kranken vor Allem die Frage richten: Wann bemerkte man in Rücksicht der nunmehr bestehenden Geistesstörung die ersten Spuren von Irresein? Welcher Art waren diese? Traten die Erscheinungen der geistigen Störung plötzlich ein oder hatte sie Vorläufer und von welcher Art? Wann und wie offenbarte sich die ausgebildete Krankheit? Hierbei sind nicht nur die abnormen psychischen Functionsäusserungen zu beachten, sondern man muss alle organischen Verrichtungen ins Auge fassen, die verschiedenen Verrichtungen des Nervensystems in Bezug auf Empfindung und Bewegung, auf Schlafen und Wachen, Träume, auf die Thätigkeit der Sinnesorgane, auf körperliches Aussehen, Zustand des Appetites, Durstes, der Verdaunng, der Stuhlentleerungen, der Geschlechtsfunctionen, bei weiblichen Personen nach etwaigen Störungen in der Menstruation u s. w.

In Bezug auf die Erscheinung der geistigen Störung insbesondere, sind noch folgende Puncte zu beachten: Ob der Charakter, die Erscheinungen des Irreseins wechselten, in welcher Art und Aufeinanderfolge? Bestand die psychische Störung seit dem ersten Erscheinen ununterbrochen ohne Aenderung und Nachlass, oder traten Remmissionen und sogenannte lichtere Zwischenzeiten (lucida intervalla) hervor? Beobachteten der Wechsel in dem Charakter der geistigen Störung und die Erscheinungen der freien Zwischenräume und Anfälle einen bestimmten Typus im Verlauf nach Jahreszeit, Tagen oder Tageszeit?

Welche Veränderungen in den körperlichen Functionen entsprachen der Zeit der Paroxismen, Exacerbationen und dem Wechsel der Erscheinungen des Irreseins, in Bezug auf die Functionen des Nervensystems, der Circulations-Respirationsorgane, in Bezug auf die Temperatursverhältnisse des Körpers, Puls etc. War zur Zeit der Remissionen und freien Zwischenräume gar keine Abweichung im Benehmen und körperlichen Befinden des Kranken von dem in den noch gesunden Tagen zu bemerken? Welche Veränderungen zeigten sich im Verlaufe der Krankheit? Wodurch schienen die Rückfälle veranlasst zu werden? Traten besondere Erscheinungen vor, durch welche der Kranke für sich oder für seine Umgebung gefahrdrohend erscheint? wie z. B. Lebensüberdruss, Neigung zum Selbstmord, wirklich ausgeführte Selbstmordversuche, Neigung zu Fluchtversuchen, zu feuergefährlichen Handlungen, zu Thätlichkeit gegen die Umgebung, Hass und Abneigung gegen bestimmte Personen, Widerspänstigkeit, Verschlossenheit, Verschmitzheit, Nahrungsverweigerung, Anhaltung der Excremente und des Harns, Geniessen unverdaulicher Stoffe, Verübung irgend welcher gesetzwidriger Handlungen u. s. w. Bezüglich etwa versuchter Selbstmorde, oder verübten gesetzwidrigen Handlungen handelt

es sich um genaue Erörterung, zu welcher Tageszeit, an welchem Orte, mit welchen Mitteln, unter welch' anderen Umständen und aus welchen Gründen er den Selbstmordversuch oder die gesetzwidrige Handlung verübt haben dürfte.

Eine weitere Frage, die noch gestellt werden muss, ist die: ob und wie bereits der Kranke ärztlich behandelt wurde, wie lange und mit welchem Erfolge? endlich auch die Frage, in welcher Weise die Umgebung auf den Kranken Einfluss genommen, und welchen, ob beschwichtigend, ob Strenge angewendet wurde, ob man den Kranken durch leere Vorspiegelungen zu beschwichtigen suchte etc., und wie der Kranke hingegen reagirt hat.

Die Darlegung jener Erscheinungen welche für den Arzt bei Geisteskranken eine besondere Bedeutung besitzen, bildet den Gegenstand eines anderen Abschnittes. In den hier vorausgegebenen Mittheilungen, wollte ich bloss jene Momente hervorheben, die rücksichtlich der Anamnese einen besonderen Werth besitzen. Es ist wohl nicht möglich, alle jene Momente ausführlich hervorzuheben, die unter Umständen, als ätiologische Momente einer Geistesstörung in Betracht kommen können, hier wollte ich bloss in kurzer Skizze, den minder erfahrenen Anfänger einige pratkische Andeutungen geben, die er nicht ohne Nutzen bei Erhebung der Anamnese Geisteskranker dürfte verwenden können.

Druck von Anton Schweiger in Wien.